

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ**

**TATIANE MICHEL**

**DO REAL AO IDEAL: O (DES)CUIDAR DA SAÚDE DOS IDOSOS  
LONGEVOS**

**CURITIBA**

**2013**

**TATIANE MICHEL**

**DO REAL AO IDEAL: O (DES)CUIDAR DA SAÚDE DOS IDOSOS LONGEVOS**

Tese apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Doutor ao Curso de Doutorado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração – Prática Profissional em Enfermagem – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Helena Lenardt

**CURITIBA**

**2013**

Michel, Tatiane

Do real ao ideal: o (des) cuidar da saúde dos idosos longevos /  
Tatiane Michel – Curitiba, 2013.

159 f. : il. ; 30 cm

Orientadora: Professora Dra. Maria Helena Lenardt  
Tese (doutorado) – Programa de Pós-Graduação em  
Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do  
Paraná, 2013.

Inclui bibliografia

1. Idoso de 80 anos ou mais. 2. Enfermagem geriátrica.  
3. Enfermagem. 4. Cultura. 5. Serviços de saúde para idosos.  
I. Lenardt, Maria Helena. II. Universidade Federal do Paraná.  
III. Título.

CDD 618.970231

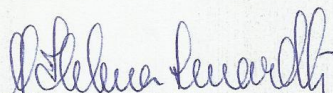
## TERMO DE APROVAÇÃO

TATIANE MICHEL

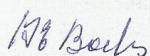
### DO REAL AO IDEAL: O (DES)CUIDAR DA SAÚDE DOS IDOSOS LONGEVOS

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do Título de Doutor em Enfermagem, Área de concentração Prática Profissional de Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação Doutorado em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

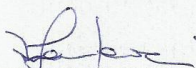
Orientadora:



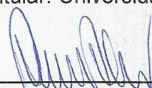
Prof. Dra. Maria Helena Lenardt  
Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná - UFPR



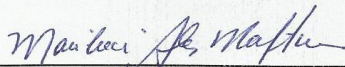
Prof. Dra. Astrid Eggert Boehs  
Membro Titular: Universidade Federal Santa Catarina - UFSC



Prof. Dra. Maria de Fátima Mantovani  
Membro Titular: Universidade Federal do Paraná - UFPR



Prof. Dra. Ângela Maria Alvarez  
Membro Titular: Universidade Federal Santa Catarina - UFSC



Prof. Dra. Mariluci Alves Maftum  
Membro Titular: Universidade Federal do Paraná - UFPR

Curitiba, 17 de dezembro de 2013.

## **AGRADECIMENTOS**

Inicialmente, agradeço a Deus pela vida.

Agradeço todas as pessoas que favoreceram, de forma direta ou indireta, a concretização deste estudo.

À minha família, pelo contínuo apoio e afeto.

À orientadora Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Helena Lenardt pela convivência, contribuições ao estudo e aprendizagem proporcionadas ao longo desta trajetória no grupo de pesquisa.

Às colegas do Grupo Multiprofissional de Pesquisa sobre Idosos, pelo compartilhamento de conhecimentos, ajuda e convivências no grupo de pesquisa.

Às colegas do curso de doutorado, pelas amizades e construções coletivas.

Aos atores desta pesquisa, principalmente, os idosos longevos e os profissionais de Enfermagem que atuaram como informantes-chaves, pela atenção, disposição e dedicação em responder às entrevistas.

À Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, por autorizar o desenvolvimento da pesquisa.

Às Professoras do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, pelas contribuições nas disciplinas do curso de doutorado.

Aos Professores do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Paraná, por permitirem a minha participação em disciplinas na área.

Às Professoras Dr<sup>a</sup>. Liliana Maria Labronici e Dr<sup>a</sup>. Laura Pérez Gil pelos apontamentos realizados no projeto, como membros da banca de qualificação.

Ao Programa REUNI pela bolsa concedida, que proporcionou maior dedicação ao presente estudo.

Ainda que eu falasse as línguas dos homens e  
dos anjos, e não tivesse amor, seria como o  
metal que soa ou como o sino que tine.

E ainda que tivesse o dom de profecia, e  
conhecesse todos os mistérios e toda a ciência,  
e ainda que tivesse toda a fé, de maneira tal que  
transportasse os montes, e não tivesse amor,  
nada seria.

(Bíblia, I Cor, 1-2)

MICHEL, Tatiane. **Do real ao ideal: o (des)cuidar da saúde dos idosos longevos.** 2013, 159f. Tese [Doutorado em Enfermagem] – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba.

## RESUMO

O cuidado é ação que sustenta a vida no mundo e considerado como essência da profissão de Enfermagem. Os cuidados à saúde são desenvolvidos pelas pessoas ao longo da vida de maneiras peculiares. As variações que ocorrem nas concepções, conhecimentos e expressões a respeito da saúde de indivíduos ou grupos podem ser analisadas por meio da perspectiva antropológica. Este estudo tem como objetivo geral analisar as semelhanças e dessemelhanças entre os significados do cuidado à saúde dos idosos longevos atribuídos pelos profissionais de Enfermagem e pelos idosos longevos no cenário de uma unidade de saúde, no município de Curitiba, Paraná. Trata-se de pesquisa com abordagem qualitativa do tipo etnográfica, realizada em uma unidade básica de saúde, segundo o referencial metodológico proposto por Spradley e McCurdy e referencial teórico fundamentado na antropologia interpretativa segundo Geertz e Kleinman. Por meio dos critérios de inclusão e exclusão no estudo, foram selecionados para a entrevista etnográfica, 20 informantes-chaves, de ambos os sexos, sendo 10 idosos longevos e 10 profissionais de Enfermagem. As informações foram coletadas por meio da observação participante e da entrevista etnográfica no período de março até outubro de 2013, perfazendo oito meses de trabalho de campo. Os dados foram analisados concomitantes à coleta com base nos registros do trabalho de campo, por meio do método de análise etnográfica, em domínios, taxonomias e temas culturais. Seguiram-se os preceitos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos e os critérios de rigor da pesquisa qualitativa etnográfica. Os dados etnográficos revelaram oito domínios e taxonomias culturais, os quais são apresentados na perspectiva dos profissionais de Enfermagem e dos longevos. Com base em quatro relações semânticas, os resultados mostraram razões para cuidar da saúde dos idosos longevos; atributos do cuidado à saúde dos idosos longevos; o que utilizam para o cuidado à saúde deles; e maneiras de cuidar. Dessas, emergiu o tema cultural: do real ao ideal - o (des) cuidar da saúde dos idosos longevos na unidade de saúde, sendo o real o que existe de fato e o ideal existe somente no imaginário coletivo. O estudo mostrou semelhanças e dessemelhanças nos significados do cuidado à saúde dos idosos longevos em uma realidade local e o distanciamento entre o que os profissionais de Enfermagem e os idosos longevos almejam para o cuidado à saúde e o que, de fato, fazem nas práticas cotidianas. A aproximação ao cuidado à saúde almejado pelos idosos longevos poderá contribuir na melhoria do bem-estar dessa população, para a autonomia no autocuidado e o fortalecimento das pessoas nas famílias, comunidades, profissões e serviços de Enfermagem e saúde.

Palavras-chave: Idoso de 80 anos ou mais. Enfermagem geriátrica. Enfermagem. Cultura. Serviços de saúde para Idosos.

MICHEL, Tatiane. **The real to the ideal: the health care(less) of oldest old.** 2013, 159f. Thesis [Doctorate in Nursing] – Federal University of Paraná, Curitiba.

## ABSTRACT

Care is action that sustains life in the world and also considered as the essence of the nursing profession. The health care is developed by people over the life of peculiar ways. Variations occurring in the concepts, knowledge and expressions regarding the health of individuals or groups can be analyzed through the anthropological perspective. This study aims to analyze the similarities and dissimilarities between the meanings of health care for the oldest old assigned by nursing professionals and the oldest old in a health care setting, in the municipality of Curitiba, Paraná. This is a qualitative ethnographic research, held in a health service that performs the elder elderly population, according to methodologic proposal of Spradley and McCurdy and the theory of interpretative anthropology based on Geertz and Kleinman. The key informants were the oldest old and nursing professionals of both sexes, who experienced social situations and were selected for the ethnographic interview according to the criteria of inclusion and exclusion in the study. Data were collected through participant observation and ethnographic interviews from March until October 2013, totaling eight months of fieldwork. Data were analyzed concomitant to the collection based on the fieldwork records, by the method of ethnographic analysis in domains, taxonomies and cultural theme. Were followed the ethical principles of research involving humans, and the criteria of rigor of ethnographic qualitative research. The ethnographic data revealed eight domains and cultural taxonomies, which are presented from the perspective of professional nursing and the oldest old. Based on the four semantic relations, the results showed reasons to care for the health of the oldest old; attributes of health care for the oldest old, what use to the health care of them, and ways to take care. Of these, emerged the cultural theme: the real to the ideal - the care(less) health of the oldest old in the health care setting, the real is of what is fact and the ideal exists only in the collective imagination. The study showed similarities and dissimilarities in the meanings of health care for the oldest old in a local reality and the gap between what nursing professionals and the oldest old aims for health care and what, in fact, do in daily practices. The approach to health care sought by the oldest old may help in improving the well - being of this population, for autonomy in self-care and empowerment of people in families, communities, professions and services of nursing and health.

Keywords: Aged, 80 and over. Geriatric Nursing. Nursing. Culture. Health Services for the Aged.



## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – ETAPAS DA EXPERIÊNCIA CULTURAL .....	53
QUADRO 2 – CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM QUE ATUARAM COMO INFORMANTES-CHAVES NO ESTUDO..	55
QUADRO 3 – CARACTERIZAÇÃO DOS IDOSOS LONGEVOS QUE ATUARAM COMO INFORMANTES-CHAVES NO ESTUDO.....	60
QUADRO 4 – TIPOS DE PARTICIPAÇÃO SEGUNDO O GRAU DE ENVOLVIMENTO DO PESQUISADOR COM AS PESSOAS E AS ATIVIDADES .....	63
QUADRO 5 – TIPOS DE RELAÇÕES SEMÂNTICAS UNIVERSAIS .....	66
QUADRO 6 – DOMÍNIOS E TAXONOMIAS CULTURAIS DOS SIGNIFICADOS DO CUIDADO À SAÚDE DOS IDOSOS LONGEVOS EM UMA UBS, ATRIBUÍDOS PELOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM E PELOS IDOSOS LONGEVOS.....	76
QUADRO 7 - DOMÍNIO CULTURAL 1 – VELHICE E VULNERABILIDADE: RAZÕES PARA CUIDAR DA SAÚDE DOS IDOSOS LONGEVOS, SEGUNDO OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM .....	76
QUADRO 8 - TAXONOMIA 1 – VELHICE E VULNERABILIDADE: RAZÕES PARA CUIDAR DA SAÚDE DOS IDOSOS LONGEVOS, SEGUNDO OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM.....	77
QUADRO 9 - DOMÍNIO CULTURAL 2 – “PORQUE ESTAMOS COM MAIS IDADE”: RAZÕES PARA CUIDAR DA SAÚDE, SEGUNDO OS IDOSOS LONGEVOS.....	83
QUADRO 10 - TAXONOMIA 2 – “PORQUE ESTAMOS COM MAIS IDADE”: RAZÕES PARA CUIDAR DA SAÚDE, SEGUNDO OS IDOSOS LONGEVOS.....	83
QUADRO 11 - DOMÍNIO CULTURAL 3 – DÉFICIT DE ATENDIMENTO ADEQUADO: ATRIBUTOS DO CUIDADO À SAÚDE DOS IDOSOS LONGEVOS, SEGUNDO OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM.....	86
QUADRO 12 - TAXONOMIA 3 - DÉFICIT DE ATENDIMENTO ADEQUADO: ATRIBUTOS DO CUIDADO À SAÚDE DOS IDOSOS LONGEVOS, SEGUNDO OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM .....	87
QUADRO 13 - DOMÍNIO CULTURAL 4 – “SER BEM ATENDIDO” E MAIS AJUDA	

EM CASA: ATRIBUTOS DO CUIDADO À SAÚDE SEGUNDO OS IDOSOS LONGEVOS.....	93
QUADRO 14 - TAXONOMIA 4 – “SER BEM ATENDIDO” E MAIS AJUDA EM CASA: ATRIBUTOS DO CUIDADO À SAÚDE SEGUNDO OS IDOSOS LONGEVOS.....	93
QUADRO 15 - DOMÍNIO CULTURAL 5 – RESPONSABILIDADE FAMILIAR E ORIENTAÇÕES: UTILIZADOS PARA O CUIDADO À SAÚDE DOS IDOSOS LONGEVOS, PELOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM.....	99
QUADRO 16 – TAXONOMIA 5 - RESPONSABILIDADE FAMILIAR E ORIENTAÇÕES: UTILIZADOS PARA O CUIDADO À SAÚDE DOS IDOSOS LONGEVOS, PELOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM.....	99
QUADRO 17 - DOMÍNIO CULTURAL 6 – SERVIÇOS DE SAÚDE E PRÁTICAS QUE FAZEM BEM: UTILIZADOS PARA O CUIDADO À SAÚDE PELOS IDOSOS LONGEVOS.....	106
QUADRO 18 - TAXONOMIA 6 – SERVIÇOS DE SAÚDE E PRÁTICAS QUE FAZEM BEM: UTILIZADOS PARA O CUIDADO À SAÚDE PELOS IDOSOS LONGEVOS.....	106
QUADRO 19 - DOMÍNIO CULTURAL 7 – POSSIBILIDADES E DESAFIOS: MANEIRAS DE CUIDAR DA SAÚDE DOS IDOSOS LONGEVOS, PELOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM .....	115
QUADRO 20 - TAXONOMIA 7 – POSSIBILIDADES E DESAFIOS: MANEIRAS DE CUIDAR DA SAÚDE DOS IDOSOS LONGEVOS, PELOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM .....	115
QUADRO 21 - DOMÍNIO CULTURAL 8 – “O IDOSO MESMO SE CUIDA”: MANEIRAS DE CUIDAR DA SAÚDE PELOS IDOSOS LONGEVOS.....	120
QUADRO 22 - TAXONOMIA 8 – “O IDOSO MESMO SE CUIDA”: MANEIRAS DE CUIDAR DA SAÚDE PELOS IDOSOS LONGEVOS .....	120

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	13
1.1 APRESENTAÇÃO	13
1.2 TEMÁTICA E JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	14
1.1 TESE	20
1.4 OBJETIVOS	23
1.4.1 Geral	23
1.4.2 Específicos	23
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b>	24
2.1 ANTROPOLOGIA INTERPRETATIVA SEGUNDO GEERTZ	24
2.2 OS CUIDADOS À SAÚDE COMO SISTEMAS CULTURAIS	28
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b>	34
3.1 SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DOS IDOSOS	34
3.2 OS IDOSOS DE 80 ANOS OU MAIS	43
3.3 ENFERMAGEM, CUIDADO E CULTURA	49
<b>4 METODOLOGIA</b>	53
4.1 TIPO DE PESQUISA	53
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO	54
4.3 ENTRADA NO CAMPO	56
4.4 ATORES DA PESQUISA	58
4.5 TRABALHO DE CAMPO ETNOGRÁFICO	61
4.6 ANÁLISE ETNOGRÁFICA	65
4.7 ASPECTOS ÉTICOS E O RIGOR DO ESTUDO	68
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	70
5.1 DESCRIÇÃO DO CENÁRIO CULTURAL	70
5.2 DOMÍNIOS E TAXONOMIAS CULTURAIS	75
5.2.1 Domínio e Taxonomia Cultural 1 – Velhice e vulnerabilidade: razões para cuidar da saúde dos idosos longevos, segundo os profissionais de Enfermagem	76
5.2.2 Domínio e Taxonomia Cultural 2 – “Porque estamos com mais idade”: razões para cuidar da saúde para os idosos longevos	83
5.2.3 Domínio e Taxonomia Cultural 3 – Déficit de atendimento adequado:	

atributos do cuidado à saúde dos idosos longevos, segundo os profissionais de Enfermagem.....	86
5.2.4 Domínio e Taxonomia Cultural 4 - “Ser bem atendido” e mais ajuda em casa: atributos do cuidado à saúde para os idosos longevos .....	93
5.2.5 Domínio e Taxonomia Cultural 5 – Responsabilidade familiar e orientações: utilizados para o cuidado à saúde dos idosos longevos, segundo os profissionais de Enfermagem .....	98
5.2.6 Domínio e Taxonomia Cultural 6 – Serviços de saúde e práticas que fazem bem: utilizados para o cuidado à saúde pelos idosos longevos .....	106
5.2.7 Domínio e Taxonomia Cultural 7 – Possibilidades e desafios: maneiras de cuidar da saúde dos idosos longevos, segundo os profissionais de Enfermagem .....	115
5.2.8 Domínio e Taxonomia Cultural 8 – “O idoso mesmo se cuida”: maneiras de cuidar da saúde para os idosos longevos .....	120
5.3 TEMA CULTURAL – DO REAL AO IDEAL: O (DES)CUIDAR DA SAÚDE DOS IDOSOS LONGEVOS NA UNIDADE DE SAÚDE .....	125
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>131</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>134</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>145</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>151</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Esta introdução está desenvolvida em quatro subitens, inicialmente, a apresentação da trajetória acadêmica da doutoranda e dos itens que compõem o texto desta tese; em seguida, o desenvolvimento da temática e justificativa do estudo; a tese; e o delineamento dos objetivos.

### 1.1 APRESENTAÇÃO

Desde o curso de graduação em Enfermagem, tenho dedicado atenção especialmente ao cuidado à saúde das pessoas idosas, tendo em vista as especificidades que a idade avançada transpõe para o desenvolvimento de ações junto a essa população. Como membro do Grupo Multiprofissional de Pesquisa sobre Idosos (GMPI), liderado pela orientadora desta tese, participo no desenvolvimento de projetos de pesquisa e publicações.

Destaco uma pesquisa etnográfica anterior, na qual iniciei a imersão em conhecimentos da antropologia utilizando o referencial metodológico proposto por Spradley e McCurdy (1972; 1979). A etnografia foi realizada na dissertação do curso de mestrado em Enfermagem com residentes em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), com a intenção de interpretar os significados atribuídos por eles à vivência na instituição. A descrição do cenário cultural e as entrevistas etnográficas mostraram as peculiaridades implicadas nas ações de cuidado dos profissionais, considerando a perspectiva dos residentes (MICHEL *et al.*, 2012).

Na etnografia realizada em ILPI, a busca dos idosos pelo cuidado constituiu o tema cultural e foi entendida como condição para a sobrevivência deles e necessária para a manutenção da saúde e bem-estar na velhice (MICHEL *et al.*, 2012). Esse resultado contribuiu para o interesse em revelar as formas que o cuidado assume pelas pessoas em locais específicos, as repercussões das práticas de saúde na vida delas e as implicações para o cuidado de Enfermagem.

O presente estudo está inserido na linha de pesquisa “Processo de cuidar em saúde e Enfermagem”, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, área de concentração Prática Profissional de Enfermagem e vinculado à área temática da Saúde do Idoso. Esta pesquisa está inserida em um projeto maior, intitulado: “Idosos

longevos usuários da atenção básica e hospitalar: da história aos cuidados próprios”. O referido projeto abrange estudos quantitativos e qualitativos no intuito de estudar os idosos longevos em múltiplas dimensões, como histórica, epidemiológica, clínica e cultural.

O texto desta tese está organizado em seis itens que buscam apresentar a fundamentação teórica e científica da pesquisa etnográfica. Desse modo, após esta introdução, um item aborda o referencial teórico da antropologia interpretativa segundo Geertz e Kleinman, o qual serviu de alicerce ao longo de todo o trabalho.

A revisão da literatura abrange estudos já publicados a respeito da temática e engloba serviços de atenção primária à saúde dos idosos, idosos com 80 anos ou mais e significados culturais do cuidado e a Enfermagem.

O item sobre a metodologia detalha as etapas para a execução desta etnografia, segundo o referencial metodológico adotado proposto por Spradley e McCurdy, e inclui a descrição do cenário cultural, entrada no campo, atores da pesquisa e critérios para a seleção dos informantes-chaves, técnicas para a coleta e análise dos dados e, por fim, o rigor do estudo e os aspectos éticos. No item subsequente, são apresentados os resultados e discussão e abrange a descrição do cenário cultural da Unidade Básica de Saúde (UBS), os domínios e taxonomias culturais e o tema cultural e, por fim, as considerações finais do estudo.

## 1.2 TEMÁTICA E JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

A existência humana está, em grande parte, promovida por meio do cuidado e esse tem uma dimensão ampla, pois permeia toda a existência de todos os seres vivos na situação de cuidar de si e do outro. Neste sentido, o cuidado é considerado ação que sustenta a vida no mundo.

O cuidado é realizado para proteger a vida de indivíduos e grupos (RODRÍGUEZ; VÁSQUEZ, 2007). As concepções de cuidado são consideradas universais na vida humana e estão presentes em todas as sociedades, no entanto, cada grupo desenvolve conhecimentos e práticas particulares (LANGDON; WIIK, 2010).

Conforme mostrou um estudo etnográfico na comunidade tradicional de pescadores e ceramistas de São Gonçalo, no município de Cuiabá (MS), os

moradores adotam algumas práticas de prevenção e cura de doenças sem possuírem uma explicação lógica para essa utilização. No entanto, são práticas aceitas socialmente, historicamente utilizadas e que apresentam resultados positivos segundo as concepções deles e, principalmente os mais idosos, não questionam a legitimidade dessas práticas (KREUTZ; MERIGHI; GUALDA, 2004).

Como expressão da essência humana, o cuidado está presente no cotidiano desde os primórdios da humanidade e é também, considerado como a essência da profissão de Enfermagem, embora essa possua uma conotação mais abrangente. A dimensão moral é inseparável do cuidado, entendido como prática social e cultural para a qual são necessários preparação e conhecimento (CALVO-GIL *et al.*, 2011).

O cuidado aos seres humanos tem sido o foco de teorias de Enfermagem como a de Orem (teoria do autocuidado), Horta (teoria das necessidades humanas básicas), Watson (teoria de cuidado transpessoal) e Leininger (teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural) (GONÇALVES; ALVAREZ; SANTOS, 2012).

Como profissão de cuidado à saúde socialmente legitimada em nossa sociedade, os profissionais de Enfermagem atuam por meio do desenvolvimento e comunicação de formas simbólicas próprias. É ressaltado por Boehs *et al.* (2007), o reconhecimento que os profissionais de saúde possuem uma cultura perpetuada na forma de símbolos<sup>1</sup>, como a vestimenta branca e as palavras que caracterizam o sistema profissional como um dos sistemas de conhecimentos sobre saúde e cuidado existentes.

Nas sociedades complexas existem muitas concepções de saúde e cuidado concomitantemente e as pessoas desenvolvem muitas maneiras para cuidar da saúde. As variações que ocorrem nas concepções, conhecimentos e expressões a respeito do cuidado de indivíduos ou grupos podem ser analisadas por meio da perspectiva antropológica.

No desenvolvimento do presente estudo a cultura é tratada como um elemento que permeia a construção das experiências de vida e considerada como “um sistema de concepções herdadas expressas em formas simbólicas, por meio das quais os homens comunicam, perpetuam e desenvolvem seu conhecimento e suas atividades em relação à vida” (GEERTZ, 1989, p. 103).

---

<sup>1</sup> O conceito de símbolo recebe uma variedade de conotações e para Geertz (1989, p. 105), são “formulações tangíveis de noções, abstrações da experiência fixada em formas perceptíveis, incorporações concretas de ideias, atitudes, julgamentos, saudades ou crenças”.

De acordo com os aspectos culturais variam as expectativas e a simbologia atribuída ao cuidado à saúde. O cuidado à saúde foi descrito por Kleinman (1980), como um sistema cultural<sup>2</sup> local, constituído de respostas holísticas socialmente organizadas à doença e cuja estrutura interna é composta pelos setores popular, profissional e tradicional. O setor de cuidado profissional representa as profissões de cura organizadas, como a Enfermagem, o setor popular ou familiar inclui os familiares, amigos e vizinhos e o setor tradicional abrange uma mistura de componentes não-profissionais.

No âmbito popular, muitas vezes as doenças são primeiramente definidas e as práticas de cuidado à saúde são iniciadas. O tratamento pelo próprio indivíduo e família é a primeira intervenção terapêutica utilizada em uma variedade de culturas. Na família, os indivíduos identificam e avaliam a doença, mediante percepção e experiência de sintomas, decidem o que fazer e adotam um comportamento específico de cuidado à doença. Quando as pessoas decidem seguir praticantes profissionais ou tradicionais, essa escolha está ancorada em orientações cognitivas e valores da cultura familiar (KLEINMAN, 1980).

Um estudo etnográfico realizado por Trad *et al.* (2010), abordou o comportamento e as escolhas das famílias no enfrentamento da hipertensão arterial sistêmica. Os autores observaram que não foi necessário o esgotamento das competências e recursos individuais ou familiares para que as famílias recorressem ao sistema formal de saúde.

Os indivíduos desenvolvem e utilizam ao longo da vida um sistema de concepções relacionadas ao cuidado à saúde, as quais direcionam as suas práticas cotidianas. Algumas dessas concepções foram aprendidas na família e são constantemente reelaboradas e reproduzidas por meio das interações sociais na comunidade e nos serviços de saúde. Segundo Trad *et al.* (2010), os serviços de saúde são produtores e disseminadores de conhecimentos e comportamentos vinculados às doenças na comunidade e influenciam valores, crenças e modos de cuidar da saúde.

As doenças são constituídas e manifestadas mediante formas simbólicas e os significados das experiências individuais são elaborados e transmitidos

---

<sup>2</sup> Sistema cultural foi definido por Geertz (1989), como sistemas de signos interpretáveis que constroem e modelam as experiências humanas e os acontecimentos sociais. O autor também considera sistemas culturais, por exemplo, a religião, linguagem e padrões de interação interpessoal.



coletivamente por meio da socialização. Os profissionais de saúde interferem consistentemente nas significações das experiências e considera-se que esses significados influenciam as respostas adotadas pelas pessoas à doença, como consultar um profissional de saúde, aceitar ou recusar o tratamento, fazer jejuns, rezas, entre outros (SARTI, 2001).

A cultura, na perspectiva da Antropologia interpretativa, é dinâmica, aprendida, lógica e compartilhada, em mudança constante como resultado de interações. Essa noção, de acordo com Boehs *et al.* (2007), é uma contribuição para o cuidado profissional, ao propor a aproximação dos seres humanos (profissionais e clientes) mediante o diálogo genuíno em que ambos se fortalecem, elaboram e comunicam símbolos e significados.

Muitos autores da Antropologia e da Enfermagem têm enfatizado a necessidade em estabelecer um diálogo entre os setores profissional e popular nos serviços de saúde, como Alcântara (2010), Boehs *et al.* (2007) e Lenardt *et al.* (2006). Segundo Trad *et al.* (2010, p. 804), “o reconhecimento das interfaces simbólicas e práticas entre a racionalidade biomédica e a popular apresenta-se como uma via estratégica para a concretização das práticas de promoção da saúde”.

Nesse sentido, segundo Alcântara (2010), há necessidade das prescrições dos profissionais de saúde acompanharem a construção sociocultural de experiências anteriores. A mudança no comportamento alimentar, por exemplo, com fins de prevenção de doenças se depara com os significados das experiências, as crenças e o que as pessoas definem como risco à saúde. Os idosos no meio rural na cidade de Jordão - Ceará, contaram histórias do tempo da seca e da falta de comida, enquanto um deles referiu que o único gozo que dispõe na velhice é comer e dessa forma, os alimentos são valorizados como capital simbólico e deixar de comer o que gosta significa um sofrimento.

A etnografia realizada em ILPI por Lenardt *et al.* (2006), teve como objetivo caracterizar a cultura de cuidados dos profissionais de saúde aos idosos no cenário da instituição. As autoras consideraram que os cuidados profissionais devem favorecer a autonomia e o protagonismo do idoso, combinando os saberes profissionais específicos da Geriatria e Gerontologia com os populares do idoso institucionalizado.

Em estudo realizado entre residentes de uma ILPI, constatou-se que, embora todas as participantes do estudo (20 idosos; 100%) possuísem registros de

doenças crônicas no prontuário, somente 12 (60%) delas afirmaram possuir problemas de saúde e 8 (40%) responderam que não possuíam. Entre os problemas de saúde mais citados estiveram a dor (30%), Parkinson, azia, ferida e coceira no corpo, cada um deles referido por duas (16,67%) entrevistadas. Dessa forma, as idosas alegaram problemas de saúde segundo a presença de sinais e sintomas que elas percebiam no dia da entrevista (LENARDT; MICHEL; TALLMANN, 2009). Isso mostra, de forma incipiente, diferenças nas concepções de saúde e doença entre os idosos e os profissionais de saúde.

Um estudo quantitativo descritivo buscou identificar as percepções de cuidado de um grupo de idosos que realiza consultas de Enfermagem e das profissionais que realizam essas consultas e descrever as dimensões dos comportamentos de cuidados percebidos por eles, por meio da aplicação do inventário de comportamentos de cuidado de Wolf<sup>3</sup>. Os resultados mostraram diferenças significativas na comparação das percepções dos idosos e enfermeiros na província de Coclé, República de Panamá. As profissionais de Enfermagem são influenciadas por crenças filosóficas próprias da profissão e os idosos, pelas maneiras individuais de ver, pensar e viver (CAMARGO; CARO, 2009).

Deste modo, conforme Rodríguez e Vásquez (2007), não é possível homogeneizar o cuidado profissional à saúde, pois as mesmas ações não serão efetivas em diferentes grupos culturais. Por isso, é necessário que os profissionais da área de saúde considerem o papel da cultura na construção das experiências de saúde e doença e as implicações para os cuidados à saúde.

O presente estudo aborda as concepções, crenças, saberes, que constituem o sistema cultural de cuidado à saúde de um grupo de usuários de uma unidade de saúde, especificamente, idosos de 80 anos ou mais. Igualmente, versa a respeito do sistema cultural de cuidado à saúde dos profissionais de Enfermagem que atendem a esses idosos na unidade de saúde. Parte-se do pressuposto de que existem semelhanças e dessemelhanças entre os setores profissionais e populares de cuidado à saúde dos idosos longevos em uma unidade de saúde.

---

<sup>3</sup> O inventário de comportamentos de cuidado de Wolf quantifica atitudes e comportamentos de cuidado, abrangendo cinco dimensões (atenção respeitosa aos outros; assistência segura; interação positiva; preparação e habilidade; consideração da experiência do outro), às quais são atribuídas pontuações por meio da utilização de uma escala Likert (1-nunca; 2-quase nunca; 3-ocasionalmente; 4-quase sempre; 5-sempre) (CAMARGO; CARO, 2009).

A meta é analisar as semelhanças e diferenças entre os significados do cuidado à saúde dos idosos longevos atribuídos pelos profissionais de Enfermagem e pelos próprios longevos. A questão norteadora deste estudo foi: como ocorrem as semelhanças e diferenças entre o setor profissional de Enfermagem e o popular dos longevos no significado atribuído ao cuidado à saúde dos idosos longevos, no cenário de uma unidade de saúde?

A Enfermagem atua cooperativamente com os membros da equipe multiprofissional no cuidado às pessoas em todas as fases da vida, inclusive aos idosos. O cuidado ao idoso envolve a integração das multidimensões do viver da pessoa idosa para alcançar o desenvolvimento pessoal, bem-estar e qualidade de vida do idoso e seus familiares (GONÇALVES; ALVAREZ; SANTOS, 2012).

Entre oito idosos em situação de incapacidade e pobreza na Comuna 9, Colômbia, um estudo etnográfico realizado por Herrera e Posada (2010), mostrou crenças a respeito do que fazer e do que não fazer para cuidar da saúde. Esses idosos são consumidores de cuidados à saúde e, ao mesmo tempo, propõem de forma ativa e criativa práticas de cuidado de acordo com suas necessidades e os recursos que dispõem no entorno.

Em algumas culturas, são as pessoas mais idosas e mais experientes que detêm os conhecimentos a respeito das práticas populares de cuidado à saúde, transmitidas de geração a geração. No sistema cultural popular chinês, por exemplo, são as pessoas idosas que possuem conhecimentos e habilidades para diagnosticar e prescrever os medicamentos. Esses conhecimentos são mantidos em segredo, não compartilhados fora da família ou em redes sociais e constituem uma importante herança familiar (KLEINMAN, 1980).

Na pesquisa qualitativa utilizando o método da história oral temática, os idosos com câncer em atendimento ambulatorial buscaram explicar a doença de acordo com suas crenças e valores. A doença foi relacionada a um mistério que não conseguem explicar e compreender e também, à dor, sofrimento e morte. Na busca pela cura as pessoas percorrem várias alternativas e fazem uso de chás, cozimentos, garrafadas e rituais. O estudo mostrou ainda, o uso paralelo da terapêutica médica e popular, de forma complementar (VISENTIN; LENARDT, 2010).

Para a Organização Mundial de Saúde (2005), a diversidade tende a aumentar com a idade e desta forma, considera-se que há acentuada

heterogeneidade entre as pessoas nas faixas etárias avançadas. Entretanto, poucos estudos têm abordado especificamente os idosos mais idosos. Os estudos nas áreas da Geriatria e Gerontologia ainda estão centrados na faixa etária a partir de 60 anos e mesmo assim, são bastante insuficientes em algumas temáticas. Segundo Menezes e Lopes (2009), há necessidade de estudos brasileiros a respeito das percepções, objetivos, expectativas, preocupações e dificuldades dos longevos para direcionar as políticas públicas e os serviços de saúde.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2013), a esperança de vida ao nascer dos brasileiros é de 71,3 anos para os homens e 78,5 para as mulheres e deverá atingir 80 anos em 2041, para ambos os sexos. Além disso, os idosos com 80 anos ou mais, os chamados idosos longevos<sup>4</sup>, mais idosos ou mais velhos, é o segmento populacional que tem crescido mais rapidamente no mundo (OMS, 2005).

São escassos os estudos que abordam as especificidades do cuidado à saúde voltado ao segmento etário da população com idade avançada na perspectiva cultural, especificamente na faixa etária com 80 anos ou mais, os quais serão o foco deste estudo. Não foram encontrados na literatura estudos etnográficos a respeito do significado do cuidado à saúde do idoso longo em unidades de saúde e suas variações entre os profissionais.

Pouco se sabe a respeito da cultura de cuidados dos longevos e como esses contribuem para a longevidade. Da mesma forma, há pouco conhecimento a respeito do cuidado profissional aos idosos longevos em unidades de saúde. Deste modo, considera-se o significado atribuído ao cuidado à saúde dos idosos longevos, um elemento para a implementação e aprimoramento dos serviços de saúde.

### 1.3 TESE

A proposta deste estudo envolveu a utilização da metodologia etnográfica de pesquisa para interpretar e comparar o significado do cuidado à saúde dos idosos longevos no cenário de uma UBS. Neste estudo, defende-se a seguinte tese: no cenário de uma UBS, os profissionais de Enfermagem atribuem significado ao

---

<sup>4</sup> Neste estudo adotou-se o termo idoso longo, proposto pela Organização Mundial de Saúde (2005), para referir-se às pessoas na faixa etária com 80 anos ou mais.

cuidado à saúde dos idosos longevos com base na combinação das concepções populares e conhecimentos oriundos da formação biomédica; enquanto os idosos longevos usuários da unidade de saúde mesclam suas concepções e conhecimentos populares com aqueles que aprendem com os profissionais.

O termo biomedicina é utilizado na literatura para referir-se às profissões como a Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Psicologia, Nutrição e outros. O estudante de graduação em Enfermagem realiza sua fundamentação teórica e prática básica, principalmente, em disciplinas como a anatomia, fisiologia e microbiologia, e passa a ver a pessoa como paciente com grau de dependência de cuidado ou com uma doença para a qual há técnicas terapêuticas. De modo semelhante, os alunos dos cursos técnicos e auxiliares de Enfermagem realizam sua formação com base nessas disciplinas, porém com ênfase nas técnicas básicas de Enfermagem, tais como administração de medicamentos, curativos, entre outras. Mais recentemente, destaca-se a busca pelos conhecimentos próprios da Enfermagem e a introdução de conhecimentos como os sociológicos e antropológicos para a assistência integral aos seres humanos (BOEHS, 2001).

No presente estudo, a cultura dos profissionais de Enfermagem e dos idosos longevos foi considerada como construída ao longo da vida, comunicada na forma de símbolos e por meio dela, os indivíduos atribuem significado ao cuidado à saúde. Segundo Geertz (1999), as pessoas representam-se para si mesmas e para os outros através das formas simbólicas, como as palavras, imagens e comportamentos. Por meio da etnografia, a análise desses símbolos propicia a interpretação dos significados, sob o ponto de vista das pessoas que os vivenciam (SPRADLEY; MCCURDY, 1979).

O significado atribuído à determinada experiência poderá variar de acordo com o padrão de vida através do qual ele é informado e por isso, o etnógrafo realiza uma descrição densa do contexto no qual se desenvolvem os acontecimentos sociais e os comportamentos (GEERTZ, 1989). A imersão do pesquisador na realidade estudada é conhecida como característica da pesquisa etnográfica, possibilitando explicar fenômenos atuais. A participação do pesquisador na vida cotidiana das pessoas durante um período de tempo por meio da observação participante no campo de pesquisa é condição fundamental para obter novos conhecimentos culturais.

No desenvolvimento do trabalho de campo nesta pesquisa, foram utilizadas as técnicas próprias da antropologia para a coleta e análise dos dados, segundo o referencial metodológico proposto pelos antropólogos Spradley e McCurdy (1972, 1979, 1980). De acordo com esses autores, a etnografia segue um padrão cíclico de coleta e análise de dados, no qual são formuladas hipóteses (ou inferências culturais) que são constantemente verificadas, reafirmadas e aprofundadas.

Por meio da observação participante e das entrevistas etnográficas, foi possível aproximar-se das experiências das pessoas no cenário de uma UBS, enfocando o significado atribuído ao cuidado à saúde dos idosos longevos, sob a ótica dos informantes. Nesse sentido, as descrições etnográficas revelam as concepções, saberes, crenças, práticas, normas culturais, entre outros, que orientam os significados atribuídos ao cuidado à saúde dos idosos longevos e os comportamentos relacionados, tanto dos próprios longevos como dos profissionais de Enfermagem.

Por meio da comparação e análise dos significados atribuídos pelos profissionais de Enfermagem e pelos idosos ao cuidado à saúde dos longevos, pretende-se contribuir para as discussões a respeito das potencialidades e limites para a convergência do cuidado profissional de Enfermagem e do popular à saúde nessa população específica. Para isso, neste estudo etnográfico, enfocando os aspectos culturais envolvidos no cenário de um serviço de saúde, exploraram-se os discursos profissionais e populares para valorizá-los nas ações de cuidado de Enfermagem.

Espera-se que a interpretação das dimensões simbólicas do cuidado à saúde do idoso longo em uma unidade de saúde fomente a prática de Enfermagem para a efetividade na promoção da saúde e bem-estar da população idosa atendida. Além disso, ao retratar a perspectiva dos sujeitos, espera-se contribuir também para a humanização dos serviços e a satisfação dos usuários por meio da valorização de sua cultura e experiências pessoais.

## 1.4 OBJETIVOS

### 1.4.1 Geral

Analisar as semelhanças e diferenças nos significados do cuidado à saúde dos idosos longevos atribuídos pelos profissionais de Enfermagem e pelos idosos longevos no cenário de uma unidade de saúde, no município de Curitiba, Paraná.

### 1.4.2 Específicos

- Descrever o cenário, as cenas culturais e os eventos do cotidiano do serviço de saúde;
- Interpretar os significados atribuídos pelos profissionais de Enfermagem ao cuidado à saúde dos idosos longevos no cenário da unidade de saúde;
- Interpretar os significados atribuídos pelos idosos longevos ao cuidado à saúde no cenário da unidade de saúde;
- Comparar os significados do cuidado à saúde dos idosos longevos segundo os discursos dos idosos longevos e dos profissionais de Enfermagem no cenário estudado.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

Muitos conceitos diferentes de cultura podem ser encontrados nos estudos antropológicos e conduzem a perspectivas e maneiras de descrevê-la. Para este estudo optou-se pelo referencial teórico fundamentado na antropologia interpretativa, segundo Geertz (1989, 1999, 2001a, 2001b) e Kleinman (1980).

### 2.1 ANTROPOLOGIA INTERPRETATIVA SEGUNDO GEERTZ

Clifford Geertz nasceu em São Francisco, Califórnia, em 23 de agosto de 1926 e faleceu aos 80 anos, por complicações de uma cirurgia cardíaca, em 30 de outubro de 2006. Atuou como professor de antropologia em universidades nos Estados Unidos e seus livros foram traduzidos para, aproximadamente, 20 línguas. É considerado o criador e um dos principais autores da linha interpretativa. As contribuições teóricas são utilizadas em estudos na antropologia e também, por geógrafos, ecólogos, cientistas políticos, humanistas e historiadores (INSTITUTE OF ADVANCED STUDIES, 2013).

Geertz é conhecido pela abordagem cultural da subjetividade e sua teoria é orientada pela subjetividade<sup>5</sup>. A matriz de subjetividade inclui sentimentos, pensamentos e significados culturalmente construídos e integra a visão de sujeitos existencialmente complexos, mais do que apenas ocupantes de posições e portadores de identidades. Dessa forma, as formações culturais particulares moldam e provocam subjetividades (ORTNER, 2007a).

A cultura é entendida como condição essencial para a existência humana, porquanto sem ela não existiriam homens e vice-versa. O ser humano é desesperadamente dependente desse conjunto de mecanismos para governar o comportamento. Nossas ideias, valores, atos, comportamentos e até mesmo nossas emoções, são moldados por meio da cultura (GEERTZ, 1989).

Nesta perspectiva, Geertz (1989) considera como dois aspectos de um mesmo conceito básico, o que chama de modelo de/modelo para. Em relação ao

---

<sup>5</sup> De acordo com Ortner (2007a, p. 376), a subjetividade refere-se ao “conjunto de modos de percepção, afeto, pensamento, desejo, medo e assim por diante, que animam os sujeitos atuantes [...] e as formações culturais e sociais que modelam, organizam e os provocam”.



sofrimento humano e a religião, por exemplo, os símbolos religiosos oferecem modos de ação e uma garantia da capacidade de compreender o mundo e então, suportá-lo. São modelos da realidade que estabelecem nos homens motivações e disposições para ação.

Para Geertz (1989), os motivos não são atos, mas inclinações para executar determinados tipos de atos ou ter determinados tipos de sentimentos. Os símbolos sagrados, por exemplo, podem induzir inclinações como a exultação e a melancolia, em épocas e lugares diferentes. As disposições são condições mediante as quais se concebe que surjam as motivações, estados anímicos que variam em intensidade e surgem de certas circunstâncias.

O fracasso em explicar a vida por meio de um aparato explanatório, seja ele o senso comum, a ciência ou o mito, conduz o ser humano a uma profunda inquietação. Essa tentativa constante de explicar os fenômenos faz com que as pessoas busquem saber se são válidos os seus padrões de verdade. Podem até abandonar alguns padrões em favor de outros, mas não desistir das hipóteses explicativas (GEERTZ, 1989).

As pessoas ordenam suas vidas em termos dos significados que atribuem às coisas e aos outros. Os significados são culturais e criados mediante a utilização de símbolos. Quando nasce, o ser humano já encontra esses símbolos em uso na sociedade e também faz uso deles para construir os acontecimentos e orientar suas experiências (GEERTZ, 1989).

Segundo Geertz (1999), ao pensar, o ser humano atribui significado à experiência e utiliza símbolos significantes, como as palavras, gestos, desenhos, sons musicais e artifícios. Todas as palavras dos informantes são consideradas símbolos, bem como a maneira de vestir, os movimentos corporais e as expressões faciais.

Os sistemas de símbolos representam fontes extrínsecas de informações, estão fora dos limites do organismo dos indivíduos e modelam o comportamento público. Os símbolos são utilizados de forma pública e observável, para objeto, ato, acontecimento, qualidade ou relação que servem de vínculo a uma concepção que expressa o significado deles (GEERTZ, 1989).

O autor considera a cultura como sistema entrelaçado de signos interpretáveis, um contexto dentro do qual os acontecimentos sociais, instituições e processos podem ser descritos densamente pelo etnógrafo. Ele observa no trabalho

de campo uma multiplicidade de estruturas conceituais sobrepostas e relacionadas, a qual analisa e apresenta. A interpretação antropológica constrói uma leitura da realidade, sem dissociar o que acontece da ocasião, do lugar e de outros fatores que contribuem na análise cultural. Essa análise é intrinsecamente incompleta e quanto mais profunda, menos completa (GEERTZ, 1989).

Para Ortner (2007b), não podemos prescindir de um conceito de cultura como modos de ver e pensar e propõe, ao mesmo tempo, o olhar crítico sobre ele e as formas como a mesma é produzida. Considera como implicações problemáticas do conceito de cultura, o essencialismo e homogeneização do grupo e a imutabilidade.

A definição de natureza humana utilizada no iluminismo e na antropologia clássica construiu um modelo que apenas se aproxima da realidade. Em decorrência, o homem consensual é um tipo normativo imutável e as individualidades são consideradas excentricidade ou desvio accidental (GEERTZ, 2001a). O autor discorda que a essência humana é revelada nos aspectos culturais universais, pois pode também se revelar nas particularidades culturais dos povos. A cultura modelou os humanos como espécie única e também como indivíduos separados (GEERTZ, 1989).

As pessoas vivem de muitas maneiras diferentes nas sociedades complexas, e mesmo em um espaço definido, como em uma instituição, a maneira de ver as coisas poderá apresentar-se de formas variáveis. Por isso, ressalta-se a compreensão da variedade, seu alcance, natureza, base e implicações, para a construção de um conceito de natureza humana que contenha substância e verdade (GEERTZ, 1989).

Para Geertz (1989, p. 47), o que os homens são é variável, nestes termos, “o que o homem é pode estar tão envolvido com onde ele está, quem ele é e no que ele acredita, que é inseparável dele”. Os seres humanos são modificados pelos costumes de lugares particulares e por isso, torna-se difícil diferenciar o universal, natural e constante, do convencional, local e variável. Deste modo, o significado varia segundo o padrão de vida do informante.

Em Java, na Indonésia<sup>6</sup>, Geertz (2001a) observou que a homogeneidade cultural foi progressivamente destruída nos últimos 50 anos. O crescimento da população, urbanização, monetarização, especialização do trabalho, entre outros fatores contribuíram para debilitar os laços tradicionais da estrutura social campesina e perturbaram a uniformidade das crenças e práticas religiosas características do período anterior.

O que tem acontecido nos *kampongs*<sup>7</sup> não é tanto a destruição de estilos tradicionais de vida, como a construção de um novo estilo; o conflito social agudo característico destes locais de classe baixa indica, não apenas a perda de um consenso cultural, mas também a busca, embora não totalmente conseguida, de novos valores e crenças, mais gerais e flexíveis. Essa busca tem ocorrido em grande parte dentro do contexto social dos partidos políticos, associações de mulheres, organizações juvenis, sindicatos e outras confrarias formais ou informalmente ligadas a partidos políticos (GEERTZ, 2001a).

Conforme Geertz (2001a), o enfoque funcional da antropologia não levou em consideração as mudanças sociais. A ênfase em sistemas em equilíbrio mantendo uma homeostase social e estruturas atemporais tendem a sociedades bem integradas, em equilíbrio estável. Esse é um enfoque estático que não assinala a desintegração, desorganização e os aspectos perturbadores.

A antropologia interpretativa e, especificamente, o referencial teórico proposto por Clifford Geertz tem sido utilizado em investigações na área da Saúde e Enfermagem, buscando a compreensão dos significados que os sujeitos expressam a respeito da realidade de saúde e doença (VAGHETTI; PADILHA, 2009). A seguir são apresentados brevemente estudos nacionais na área da Enfermagem fundamentados nesse autor.

Essas investigações têm a cultura como objeto de estudo e por meio da descrição densa da realidade e das interpretações dos significados apresentados pelos sujeitos em suas práticas sociais, contribuem para a construção de conhecimentos na área da Enfermagem (VAGHETTI; PADILHA, 2009).

---

<sup>6</sup> A Indonésia é um dos países estudados por Geertz e ele afirma ser constituído de uma mistura de mentalidade conflitante, entre portugueses, espanhóis, muçulmanos, indianos, budistas, cristãos e outros. Em um vasto arquipélago formado por milhares de ilhas ocupadas, principalmente, por malaio-polinésios, são adotadas uma variedade de línguas, cultos, morais, costumes e sentidos (GEERTZ, 2001b).

<sup>7</sup> *Kampongs*: locais onde vive agrupado o povo das cidades javanesas em uma profusão de pequenas casas de bambu e onde se encontra uma sociedade em transição na qual as formas tradicionais de vida rural vão se dissolvendo em novas formas (GEERTZ, 2001a).

Um estudo etnográfico realizado por Lenardt (2001), em unidade de internação cirúrgica, focalizou os eventos da trajetória de hospitalização de adultos e idosos. A autora utilizou o método de Spradley e a teoria interpretativa de Geertz e emergiram dois temas, a hélice que move a unidade cirúrgica apesar do sofrimento, caracterizada como força oculta que emana dos doentes e o sustentáculo da unidade, como traço característico da Enfermagem.

Por meio da pesquisa etnográfica fundamentada em Geertz, os significados atribuídos à experiência de cuidado dos idosos nas famílias nipo-brasileiras e brasileiras foram investigados por Santos (2003). Desta forma, a autora considera como elementos desses significados, a dimensão cultural dos cuidadores familiares, a construção das doenças e do papel de cuidador e as relações e conflitos que ocorrem nas famílias.

Para Castro e Camargo-Junior (2008), os pressupostos teóricos de Geertz contribuem para os estudos sobre os cuidados à saúde. Na cidade de Juiz de Fora, as autoras observaram seis famílias que vivenciaram a hospitalização do familiar em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e a dependência para os cuidados básicos diários após a alta. A descrição densa mostrou os significados que permitiram as interpretações do pesquisador em um contexto cultural e o significado do cuidar para a família emergiu do papel que essa desempenha na sociedade contemporânea.

Os estudos com abordagem interpretativa buscam conhecer as singularidades, práticas simbólicas e discursos, no esforço de entender o outro e ver como os outros vêem. A pesquisa realizada com enfermeiros de uma unidade clínica médica de um hospital universitário no Rio Grande do Sul possibilitou captar a subjetividade atribuída ao trabalho dos enfermeiros, e a descrição e interpretação de fenômenos envolvidos no trabalho e gerência do cuidado de Enfermagem (PROCHNOW *et al.*, 2009).

## 2.2 OS CUIDADOS À SAÚDE COMO SISTEMAS CULTURAIS

Observa-se que em culturas diversas as pessoas utilizam de práticas distintas de cuidado à saúde. Essas particularidades advêm das diferenças socioculturais, e que influenciam os comportamentos e experiências relacionadas ao processo de saúde e doença (LANGDON; WIIK, 2010).

Em cada cidade, os pacientes diferem quanto aos pensamentos, experiências e respostas às doenças e comportamentos individuais relacionados à saúde e cuidado. Mesmo considerando a cultura de um país, existirão crenças, comportamentos e instituições diferentes relacionadas à saúde (KLEINMAN, 1980).

Segundo Kleinman (1980), podemos encontrar em todas as sociedades pessoas que se identificam e são reconhecidas pela comunidade local, como curandeiros e pacientes. Elas constituem partes fundamentais do mundo social ao qual pertencem as comunidades, por isso a relevância em compará-las transculturalmente, numa intenção de melhor compreendê-las. Além das diferenças claras, também similaridades universais podem ser observadas no que se refere aos papéis sociais e às maneiras de construir, experienciar a doença e selecionar o tratamento (KLEINMAN, 1980).

Os Sistemas de Cuidado à Saúde (SCS) são sistemas culturais específicos, constituídos de respostas holísticas socialmente organizadas à doença. Considera-se que em todas as culturas, a doença, as respostas a ela, as experiências individuais, tratamento e as instituições sociais estão sistematicamente interconectadas. A totalidade dessas interrelações é os SCS e integra os componentes da sociedade relacionados à saúde, incluindo padrões de crenças sobre doença, normas que regem escolha e avaliação de tratamentos, status (posição social) socialmente legitimados, papéis, relações de poder, cenários de interações e instituições (KLEINMAN, 1980).

Os pacientes e curandeiros são componentes básicos desses sistemas, estão imbuídos de configurações específicas de significados culturais e relações sociais, e não podem ser entendidos fora desse contexto. A doença e a cura também são partes dos SCS. As crenças a respeito das doenças estão ligadas a intervenções terapêuticas específicas, e são sistemas de conhecimento e ação, razão pela qual não podem ser entendidas separadamente de sua utilização (KLEINMAN, 1980).

O modelo de análise dos SCS proposto por Kleinman (1980), primeiramente estuda as relações deste com o seu contexto. O cenário cultural fornece características específicas, como os fatores locais, políticos, históricos e econômicos, bem como dá forma aos sistemas locais. O autor considera os SCS como formas de realidade social, ou seja, o mundo de interações humanas que existe fora do indivíduo e entre indivíduos, construída por meio de significados, instituições e relações legitimadas pela sociedade.

Nos cenários clínicos são estabelecidas, aprendidas e expressas formas especiais de realidade social. Esses aspectos relacionados à saúde, especialmente as atitudes e normas a respeito das doenças, relacionamentos e atividades de cura, são definidas como realidade clínica (KLEINMAN, 1980).

Os indivíduos internalizam a realidade social como um sistema de significados simbólicos e normas que guiam seu comportamento, comunicação, percepção do mundo e o entendimento do ambiente externo interpessoal. O processo de socialização ocorre na família e também em outros grupos sociais, por meio da educação, trabalho, rituais, jogos. No entanto, mesmo em uma realidade social homogênea, as pessoas diferem quanto à aceitação e aos graus de utilização das normas sociais em suas práticas (KLEINMAN, 1980).

Os SCS são criados por uma perspectiva coletiva, e compartilham padrões de utilização em um nível local. Não obstante, podem ser utilizados diferentemente entre grupos sociais, famílias e indivíduos. Os fatores sociais como classe, educação, religião, etnia, trabalho e redes sociais influenciam a percepção e utilização dos recursos de saúde em uma localidade. Uma variação maior tende a ocorrer entre localidades distintas, enquanto uma mesma localidade pode conter sistemas de crenças, papéis clínicos e tradições de cura distintas (KLEINMAN, 1980).

Para Kleinman (1980), além da cultura, outros fatores que configuram os SCS podem ser separados entre aqueles que formam a estrutura interna e aqueles externos a ela. Os fatores externos abrangem os políticos, econômicos, sociais, históricos e determinantes ambientais que incluem: geografia, clima, problemas ambientais como excesso populacional, poluição, desenvolvimento agrário e industrial, entre outros.

De acordo com o modelo proposto pelo autor, o cuidado à saúde é descrito como um sistema cultural local, cuja estrutura interna é composta por três partes sobrepostas: os setores popular, profissional e tradicional (Figura 1).

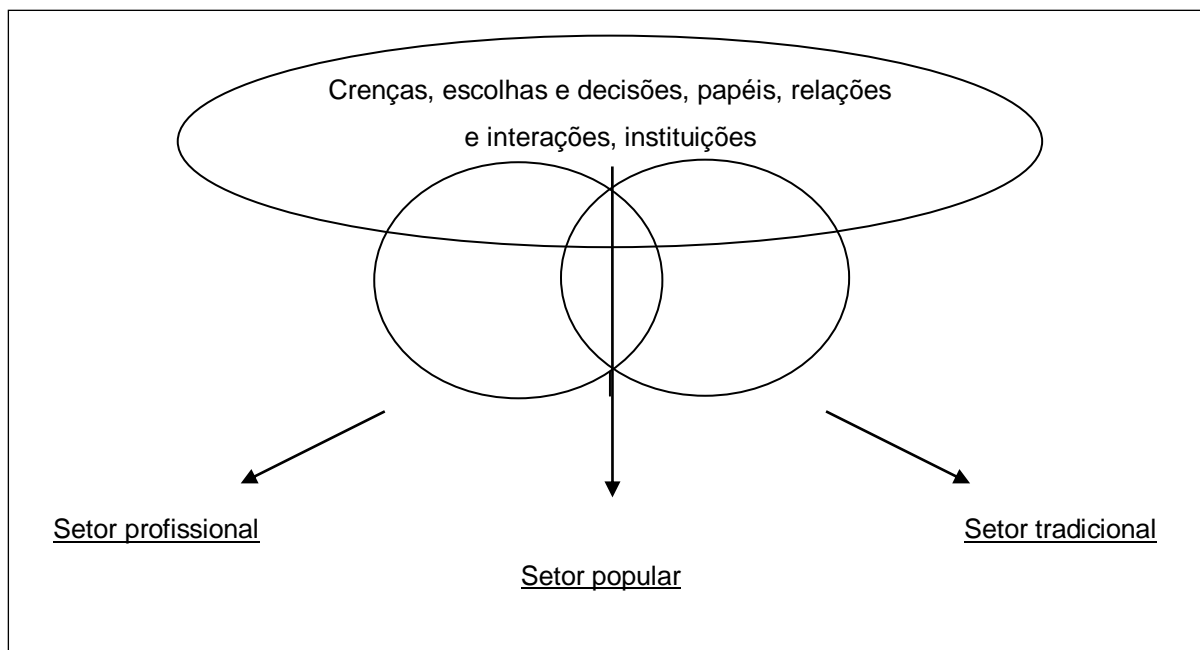


FIGURA 1 – ESTRUTURA INTERNA DO SISTEMA LOCAL DE CUIDADO À SAÚDE  
ADAPTADO: KLEINMAN (1980)

O setor popular de cuidado à saúde é considerado a maior parte de qualquer sistema, no qual a doença é primeiramente definida e as práticas de cuidado à saúde são iniciadas. No âmbito popular estão os níveis individuais, familiares, crenças, redes sociais e práticas comunitárias. Quando as pessoas decidem seguir praticantes profissionais ou tradicionais, a escolha está ancorada em orientações cognitivas e valores da cultura popular (KLEINMAN, 1980).

Depois que os pacientes recebem o tratamento, retornam ao setor popular para avaliar e decidir o que fazer em seguida. O setor popular interage com os outros setores, e as pessoas decidem quando consultar um profissional, qual escolher, quando buscar um tratamento alternativo, se o cuidado foi efetivo e se estão satisfeitos com a qualidade. Deste modo, esse setor funciona como um recurso central e o mais imediato determinante do cuidado (KLEINMAN, 1980).

As pessoas doentes e seus familiares utilizam crenças e valores a respeito da doença que fazem parte da estrutura cognitiva da cultura popular. Eles podem instituir terapias conhecidas por eles ou consultar amigos, vizinhos e parentes quanto ao que fazer e decidir entrar nos setores profissionais ou tradicionais, nos quais uma variedade de tratamentos alternativos poderá ser escolhida. Todos os setores moldam a experiência da doença de diferentes maneiras e utilizam linguagens próprias que são traduzidas pela pessoa doente. Essa tradução é

essencial na interação entre pacientes e praticantes no processo de cura (KLEINMAN, 1980).

O setor profissional de cuidado à saúde, segundo Kleinman (1980), compreende os profissionais de cura organizados. Em muitas sociedades, inclui somente a moderna medicina científica, enquanto em outras como a chinesa e a indiana, existem também sistemas médicos nativos profissionalizados, como a medicina tradicional chinesa e a medicina Ayurvédica, respectivamente. Nessas sociedades, as tradições de cura foram profissionalizadas de forma semelhante às modernas profissões médicas (medicina alopática).

Os setores dos SCS criam suas próprias realidades clínicas, e isso também ocorre nas diferentes profissões de cura (subsetores profissionais) e podem variar em diferentes gradações. No setor profissional, a estrutura institucional contribui na determinação da realidade clínica (KLEINMAN, 1980).

Os profissionais de saúde tendem a considerar a realidade clínica aceita por eles como a única legítima, tornando-se insensíveis àquelas consideradas por outros curandeiros e às crenças e expectativas dos pacientes. É difícil mudar a realidade clínica imposta aos pacientes pelos profissionais médicos, ou fazê-los entender que esta não é a única ou a verdadeira, mas uma entre várias (KLEINMAN, 1980).

O setor tradicional de cuidado à saúde abrange os setores não profissionais, não burocráticos e especializados, e é composto por uma mistura de muitos componentes diferentes. Alguns estão estreitamente relacionados ao setor profissional, enquanto a maioria está sobreposta ao setor popular. O xamanismo e rituais de cura têm recebido a atenção dos antropólogos, e a literatura etnográfica enfatiza as curas sagradas. Outras formas seculares de cura não foram muito estudadas, como o herbalismo, tratamentos manipuladores, sistemas especiais de exercício e curas simbólicas não sagradas (KLEINMAN, 1980).

Para Kleinman (1980), as novas formas de psicoterapias tradicionais e a intensificação de curas tradicionais no Ocidente, além da persistência ou aumento dos curandeiros tradicionais em algumas sociedades em desenvolvimento, indicam significativa função desse setor em muitas partes do mundo. Esse fenômeno cria uma dificuldade para os profissionais e a sociedade como um todo quanto ao espaço dos praticantes tradicionais no planejamento dos cuidados à saúde.

Os três setores que compõem a estrutura dos SCS interagem quando os pacientes passam por entre eles. O setor popular forma uma matriz que conecta os



diferentes setores profissionais e tradicionais. As fronteiras entre eles funcionam como pontos de entrada e saída dos pacientes que seguem as trajetórias de doenças nos emaranhados dos SCS (KLEINMAN, 1980).

Nas sociedades complexas há vários sistemas de atenção à saúde operando concomitantemente, os quais representam a diversidade de grupos e são amparados por esquemas de símbolos que se expressam através das práticas, interações e instituições. O sistema de atenção à saúde está acoplado aos aspectos culturais e, a partir dessa compreensão da totalidade, é possível apreender os conhecimentos e práticas de saúde de um grupo (LANGDON; WIIK, 2010).

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura apresentada neste estudo aborda os temas serviços de atenção primária à saúde dos idosos, os idosos com 80 anos ou mais e os significados culturais do cuidado e a Enfermagem.

#### 3.1 SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DOS IDOSOS

Os serviços de atenção primária à saúde dos idosos são norteados por um conjunto de políticas públicas e legislações. Segundo Fleury e Ouverney (2011, p. 40), as políticas de saúde possuem caráter oficial e são organizadas em “ações setoriais a serem desempenhadas de acordo com normas legalmente construídas”. Neste subitem são abordadas as principais políticas públicas direcionadas ao atendimento das pessoas idosas nos serviços de atenção primária.

Destaca-se a Conferência de Alma-Ata como um marco histórico da atenção primária à saúde, no ano de 1978, as Leis nº 8.080 e nº 8.142 que regulamentam o Sistema Único de Saúde (1990), Estatuto do Idoso (2003), Política Nacional de Humanização (2004), Envelhecimento ativo: uma política de saúde (2005), Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006) e Política Nacional de Atenção Básica (2011).

A Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, organizada pela Organização Mundial de Saúde e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) foi realizada na cidade de Alma-Ata, situada no Cazaquistão, uma das repúblicas da ex-União Soviética. A Declaração da Conferência de Alma-Ata expressa uma concepção abrangente de atenção primária, reafirma a saúde como direito humano fundamental e enfatiza a cooperação com outros setores para enfrentar os determinantes socioeconômicos de saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2011).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi construído no Brasil por um amplo movimento social iniciado em meados da década de 1970, que reuniu movimentos de base, classe média, sindicatos e partidos de esquerda que eram ilegais naquela época. Esse movimento cresceu e ficou conhecido como a Reforma Sanitária

Brasileira e defendia a saúde como uma questão social e política, não apenas biológica. Em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, foram estabelecidos os alicerces para a construção do SUS, como o direito à saúde, posteriormente também previsto na Constituição Brasileira e aprovação da reforma sanitária, apesar da forte oposição do setor privado (PAIM *et al.*, 2011).

Atualmente, o SUS é formado pelos três subsetores: público financiado pelo Estado; privado com fins lucrativos ou não, financiado com recursos públicos e privados; e saúde suplementar, que inclui os planos privados de saúde e subsídios fiscais. As pessoas podem utilizar os serviços nos três subsetores, de acordo com a capacidade financeira (PAIM *et al.*, 2011).

A expansão contínua do subsetor privado é subsidiada pelo Estado, enquanto o público não consegue assegurar a qualidade dos serviços prestados à população. O SUS tem sido subfinanciado e os recursos provenientes das esferas federal, estatal e municipal não são suficientes para a estabilidade do sistema (PAIM *et al.*, 2011).

O SUS foi criado no Brasil com o objetivo de se tornar um sistema universal e equitativo, financiado com recursos públicos. Desde sua criação, tem contribuído para aumentar o acesso da população aos cuidados de saúde, a conscientização para a saúde como um direito e a expansão dos recursos humanos e tecnológicos, como na produção de fármacos no país. Ainda tem muito a conquistar para garantir a cobertura universal e equitativa, na adequação às demandas demográficas e epidemiológicas para um modelo baseado na promoção intersetorial da saúde e na integração dos serviços nos níveis de complexidade (PAIM *et al.*, 2011).

A Lei nº 8.080 foi promulgada com o objetivo de “regular, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executadas isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado” (BRASIL, 1990a, p. 1). Desta forma, a saúde é um direito fundamental do ser humano, determinada pela organização social e econômica do país e o Estado é responsabilizado em prover as condições, como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, e o acesso aos bens e serviços essenciais.

Convém ressaltar nesta revisão de literatura, os princípios que regem o desenvolvimento de ações e serviços de saúde públicos e privados:

“I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;  
 II - integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;  
 III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;  
 IV – igualdade de assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;  
 V – direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;  
 VI – divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;  
 VII – utilização de epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;  
 VIII – participação da comunidade;  
 IX – descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera do governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;  
 X – integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;  
 XI – conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;  
 XII – capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;  
 XIII – organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos” (BRASIL, 1990a, p. 4).

Destaca-se ainda, que a participação da comunidade, como princípio do SUS, é regulamentada na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990b), na qual estão dispostas as instâncias colegiadas por meio das quais pode ocorrer a participação da comunidade na gestão do SUS. A Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde são formados por representantes de segmentos sociais, como do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários do sistema.

Por meio da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, o Estatuto do Idoso regula os direitos dos idosos, como a preservação de sua saúde e o aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, além de obrigar a família, sociedade e o poder público a assegurar com absoluta prioridade a efetivação dos direitos. A garantia de prioridade inclui o atendimento preferencial imediato nos serviços públicos e privados e o acesso à rede de serviços de saúde locais. A atenção integral à saúde dos idosos é assegurada por intermédio do SUS e ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2003).

A Política Nacional de Humanização foi construída para ser uma política transversal em toda a rede do SUS. Ressalta-se que a humanização é um elemento da atenção integral, supõe troca de saberes dos pacientes e familiares e construções coletivas dos profissionais, considera as necessidades locais, interesses e expectativas dos atores envolvidos. A ampliação do diálogo entre os

atores e a adequação dos serviços ao ambiente e à cultura local estão entre as diretrizes para todos os níveis de atenção (BRASIL, 2004).

Com o envelhecimento populacional, caracterizado pelo aumento da proporção de pessoas idosas em vários países no mundo, a política do envelhecimento ativo foi publicada em 2005, como estratégia voltada ao aumento da expectativa de vida saudável para todas as pessoas que estão envelhecendo. Os fatores determinantes do envelhecimento ativo (e a interação entre eles) fornecem indícios de como as populações envelhecem. No entanto, há necessidade de mais pesquisas para mostrar o papel desses fatores e como eles afetam a saúde e o bem-estar (OMS, 2005).

A cultura e o gênero são determinantes transversais e influenciam, por exemplo, nas concepções de envelhecimento da sociedade, na busca por comportamentos saudáveis e nas formas de convivência entre as gerações. Enquanto às mulheres é frequentemente atribuído um *status* social inferior e o acesso restrito à educação e trabalho, aos homens são relacionados os comportamentos de risco e as causas externas, como a violência (OMS, 2005).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2005), são abordados a seguir, os seis determinantes do envelhecimento ativo: sistemas de saúde e serviço social (promoção da saúde e prevenção de doenças, serviços curativos, assistência a longo prazo e saúde mental); comportamentais (estilos de vida saudáveis e a participação ativa no cuidado com a própria saúde); pessoais (biologia e genética, fatores psicológicos); ambiente físico (moradia segura, quedas, água limpa, ar puro, alimentos seguros); ambiente social (apoio social, prevenção de violência e maus-tratos, educação e alfabetização); econômicos (renda, proteção social, trabalho). Dentro da estrutura para compreender o envelhecimento ativo encontra-se a cultura e o gênero como fatores determinantes transversais.

A cultura modela as formas de envelhecer, pois influencia todos os outros fatores determinantes e do mesmo modo, o gênero. “O gênero é uma lente através da qual considera-se a adequação das várias opções políticas e o efeito destas sobre o bem-estar de homens e mulheres” (OMS, 2005, p. 20).

Para a Organização Mundial de Saúde (2005), as doenças associadas ao processo de envelhecimento podem ser prevenidas ou, pelo menos, adiadas por meio de intervenções que favoreçam as oportunidades contínuas de saúde,

participação e segurança. Considera-se que o envelhecimento ativo<sup>8</sup> é determinado pela cultura e esta influencia todos os demais determinantes, como os econômicos, sociais, ambientais, pessoais, comportamentais e os relacionados aos sistemas de saúde e serviço social. O envelhecimento ativo permite que as pessoas participem da sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades, no intuito de aumentar a expectativa de vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas que estão envelhecendo.

Entre as diretrizes propostas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) estão a promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral e integrada; estímulo à participação e fortalecimento do controle social e a formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa. Além disso, a aplicação de instrumentos de avaliação e testes de triagem para detecção de distúrbios cognitivos, visuais, de mobilidade, audição, depressão e do comprometimento precoce da funcionalidade, entre outros (BRASIL, 2006).

A PNSPI tem como finalidade primordial recuperar, manter e promover a autonomia e a independência das pessoas idosas, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. A saúde da pessoa idosa depende da interação entre fatores físicos, econômicos, sociais e a capacidade funcional tem estreita relação com as doenças crônicas. O avanço da idade está, muitas vezes, associado a múltiplas doenças crônicas e incapacidades que demandam serviços sociais e de saúde (BRASIL, 2006).

A PNSPI designa aos membros da equipe de saúde a avaliação pautada no conhecimento do processo de envelhecimento e suas peculiaridades, adaptada à realidade sociocultural. A referida política propõe entre as ações ainda, “reconhecer e incorporar as crenças e modelos culturais dos usuários em seus planos de cuidado, como forma de favorecer a adesão e a eficiência dos recursos e tratamentos disponíveis” (BRASIL, 2006, p. 8). Dessa forma, ações intersetoriais visando à integralidade da atenção à saúde da pessoa idosa devem ser promovidas considerando as características e as necessidades locais.

---

<sup>8</sup> Envelhecimento ativo é “o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (OMS, 2005, p. 13).

A prática de cuidados às pessoas idosas exige abordagem global, interdisciplinar e multidimensional, precisa ser flexível e adaptável às necessidades de uma clientela específica. As intervenções devem ser feitas e orientadas com vistas à promoção da autonomia e independência da pessoa idosa, estimulando-a para o autocuidado. Uma abordagem preventiva e a intervenção precoce são preferíveis às intervenções curativas tardias (BRASIL, 2006).

A atenção básica deve considerar os sujeitos em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural e desenvolver ações para promover a saúde das populações em territórios bem delimitados, prevenção e tratamento de doenças e redução de danos e sofrimentos que comprometem a saúde. As ações de atenção básica são desenvolvidas por equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar ou técnico de Enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS), entre outros (BRASIL, 2011).

A atenção básica tem na saúde da família como estratégia prioritária e organização pautada nos princípios do SUS. Entre as atribuições do enfermeiro, estão as atividades de atenção à saúde em todas as fases do desenvolvimento humano, educação permanente, planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com a equipe (BRASIL, 2011).

Além disso, nos serviços de saúde para as pessoas idosas buscam-se formas efetivas de controlar as doenças e melhorar o bem-estar dessa população. A atenção primária em saúde, embasada na promoção da saúde<sup>9</sup>, almeja colocar as pessoas no centro do cuidado à saúde, valorizar o que consideram como formas desejáveis de viver e as suas expectativas da sociedade. Desse modo, busca-se garantir que as expectativas e decisões da população influenciem nas formas como os serviços de saúde são planejados e operados. A construção de um sistema pluralístico operando em um contexto globalizado, capaz de responder de maneira compreensiva às expectativas e necessidades de todas as pessoas da comunidade é considerada um desafio (WHO, 2009).

Os ACS foram incorporados às equipes de trabalhadores para integrar os serviços de saúde e os usuários pelos seus conhecimentos e proximidade da

---

<sup>9</sup> A promoção da saúde é preconizada nas políticas públicas na atualidade como o processo de possibilitar que as pessoas controlem e melhorem sua saúde e da comunidade. Neste sentido, a saúde é entendida como um recurso para a vida diária, enfatizando as capacidades físicas e os recursos pessoais e sociais (WHO, 2009).

população, e atuar como elo dos universos cultural popular e científico. Eles têm um importante papel na humanização da assistência, e ajudam a estabelecer confiança e vínculo (SANTOS, 2012).

Na etnografia realizada por Santos (2012) em uma unidade de saúde com estratégia saúde da família no Distrito Bairro Novo da cidade de Curitiba - PR, a autora observou que as ACS facilitam a aproximação dos profissionais das equipes aos usuários e a entrada nos universos de vida deles. No entanto, o saber popular dos ACS não é reconhecido para a incorporação ao serviço de saúde. Ao considerar coerentes somente as informações do modelo biomédico, a mediação dos agentes fica direcionada ao controle das normas estabelecidas pelo serviço.

Em comunidades ribeirinhas situadas nas margens do rio Tapajós, no Pará, Wawzyniak (2009) realizou uma pesquisa etnográfica e observou que os ACS do local transitam na confluência de discursos muitas vezes conflitantes, estão em situação liminar e tentam estabelecer a comunicação entre os dois sistemas terapêuticos ou atuam alternadamente entre os dois. Os profissionais de saúde desconsideram as maneiras populares de resolver problemas de saúde e os ribeirinhos articulam novas práticas de acordo com sua própria lógica e interesses, associando práticas médicas às tradicionais.

O relatório da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2008), considera que houve progressos desiguais na saúde e defasagem em alguns países do mundo, principalmente devido a três tendências preocupantes: enfocar desproporcionalmente o cuidado especializado curativo; o controle das doenças com resultados de curto prazo e a fragmentação dos serviços; tem permitido a comercialização não regulada da saúde.

Muitas pessoas, especialmente em países mais pobres, procuram pessoas não-profissionais para o cuidado à saúde. Enquanto os serviços públicos apresentam disfunções como pouca efetividade, demora no atendimento e discriminações das pessoas, isso torna a cobertura universal mais difícil. Esses contextos combinam problemas como a exploração financeira, baixa qualidade e segurança do cuidado e exclusão dos serviços necessários (OMS, 2008).

Para alcançar a meta da saúde para todos requer que o sistema de saúde responda às transformações no mundo, adequando as suas formas de operar. São propostos quatro eixos centrais para a reforma no sistema primário de cuidado à saúde: garantir que os sistemas de saúde contribuam para a equidade em saúde,



justiça social e o fim da exclusão; reorganização do serviço em torno das expectativas e necessidades das pessoas, tornando-o mais relevante socialmente e produzindo melhores resultados; assegurar comunidades mais saudáveis integrando as políticas públicas para promover e proteger a saúde das comunidades; liderança inclusiva, participativa e baseada na negociação (WHO, 2008).

Os programas específicos para o atendimento das pessoas idosas não são desenvolvidos em todas as unidades de saúde, e observa-se a participação dessa população em outros programas como imunização, hipertensão, diabetes e tabagismo. Os autores ressaltam que a formação para a execução de ações preventivas na atenção primária para os idosos no Brasil, de forma competente e humanizada, está abaixo das necessidades dessa população, pois na prática não são assegurados os direitos previstos na legislação (REZENDE *et al.*, 2010).

Na pesquisa qualitativa com objetivo de avaliar a atuação da Estratégia Saúde da Família (ESF) em Gurupi – TO, na implantação de projetos específicos para idosos, foram realizadas entrevistas com os responsáveis pelas ações de saúde da unidade. Os autores identificaram a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, utilizada para acompanhamento sistemático dos usuários idosos; o projeto “saber viver” desenvolve atividades físicas, fisioterapia, artesanato e palestras educativas; e no “grupo do idoso” há danças, palestras e dinâmicas educativas. As principais dificuldades encontradas para a implantação de projetos específicos foram dificuldades para divulgação e a falta de capacitação e conhecimento das equipes, de recursos financeiros, humanos e infraestrutura e de interesse dos idosos (REZENDE *et al.*, 2010).

Para conhecer o que pensam os profissionais sobre as necessidades de saúde e atenção integral dos idosos atendidos na ESF, no município de Santos – SP, foram entrevistados profissionais de saúde (médicos, odontólogos, enfermeiros, técnicos de higiene dental e auxiliares de Enfermagem) e os discursos analisados segundo o referencial das representações sociais e discurso do sujeito coletivo. Os profissionais procuram atender aos idosos de maneira integral e ampliar a capacidade de autonomia por meio de intervenções de apoio individual e socioculturais; ressaltaram a necessidade de apoio social aos idosos que vivem na comunidade, no que se refere à rede social de suporte e às condições de vida, como moradia, alimentação e atividades de lazer; e envolvem, na assistência às pessoas

idosas, questões como sentir-se útil socialmente e colaborar com a sociedade (COSTA, CIOSAK, 2010).

Em pesquisa realizada por Costa (2009), constatou-se que os serviços de saúde brasileiros têm privilegiado as ações curativas do modelo biomédico, condicionado a modificar as práticas dos indivíduos consideradas inadequadas pelos profissionais. Sugere a reorganização do modelo assistencial com enfoque na integralidade, no indivíduo como sujeito da realidade, vinculado à comunidade e nas ações intersetoriais.

As ações do profissional enfermeiro na atenção básica envolvem, além dos procedimentos normatizados, o atendimento das necessidades sentidas e vividas, considerando a individualidade das pessoas idosas (LIMA; TOCANTINS, 2009). Para compreender as expectativas do idoso que experiencia ações de Enfermagem na atenção básica, os autores aplicaram a abordagem teórico-metodológica da fenomenologia social, segundo Alfred Schutz. Foram entrevistados 13 idosos usuários de uma unidade básica de saúde, situada no município do Rio de Janeiro, que recebiam assistência por intermédio de um grupo de convivência e visitas domiciliares. Emergiram os aspectos relacionados aos procedimentos técnicos, como curativo, aferição de pressão arterial e administração de medicamentos, e entre as ações classificadas como não técnicas, que envolvem a relação socioafetiva, referiram passear junto, conversar e explicar como viver melhor.

A utilização dos serviços de saúde entre idosos portadores de doenças crônicas foi avaliada por Rodrigues *et al.* (2009), por meio de pesquisa quantitativa transversal, realizada com 2.889 idosos residentes em 41 municípios das regiões sul e nordeste do Brasil. Nas duas regiões, foram observadas a maior participação em consultas e atividades educativas entre os idosos com idade menor de 80 anos, com baixa escolaridade e nas áreas de abrangência da ESF. A menor utilização dos serviços pelos longevos é atribuída a maior frequência de doenças crônicas e dificuldades de acesso à unidade nessa faixa etária. O estudo aponta a necessidade de ampliar o acesso aos serviços de saúde aos que mais precisam, como os idosos de 80 anos ou mais e os portadores de incapacidade funcional.

### 3.2 OS IDOSOS DE 80 ANOS OU MAIS

As sociedades humanas produzem formas de classificações para os períodos da vida e “a concepção de velhice varia no tempo e no espaço” (CONCONE, 2009, p. 136). A idade constitui fator para distinção social e contribui para a formação identitária dos sujeitos (SILVA, 2008).

A categorização por idade é amplamente utilizada em estudos que tratam do envelhecimento. Os saberes emergentes no século XX, como a geriatria e a gerontologia, construíram parte da legitimidade da velhice como categoria social. A definição de velhice como decadência física e isolamento afetivo se disseminou no imaginário cultural e na formulação de políticas assistenciais. Mais recentemente, o termo terceira idade foi criado para atribuir à velhice uma imagem mais positiva e associada ao lazer e realização pessoal (SILVA, 2008). Com o aumento da expectativa de vida da população, surgem ainda, a quarta e a quinta idade para diferenciar as pessoas nas faixas etárias mais avançadas, nas quais a dependência física e mental é mais comum (MINAYO; COIMBRA-JR, 2004).

Um estudo de revisão da literatura, analisou teses e dissertações brasileiras sobre idosos longevos, realizadas no período de 1998 até 2008. Foram encontradas 21 produções científicas sobre a temática. As autoras constataram que a maior parte da produção abrange os aspectos biomédicos relacionados a essa faixa etária e abordagem limitada de outros fatores, como os ambientais, sociais e econômicos. Destacou-se a necessidade em realizar mais pesquisas a respeito dos idosos longevos, a fim de conhecer melhor essa população e fornecer subsídios para a atuação dos profissionais (MENEZES; LOPES, 2009).

A literatura científica que aborda especificamente a temática dos idosos com 80 anos ou mais é escassa e abrange predominantemente estudos quantitativos, enquanto os qualitativos são ainda menos encontrados. Nesta revisão foram abordados alguns desses estudos quantitativos e qualitativos.

A avaliação de uma amostra de 80 octogenários em uma rede municipal de saúde no interior de São Paulo mostrou que a maioria é mulher, viúva, analfabeta, sedentária e com baixa renda, com necessidades de atenção à saúde e oportunidades de lazer, sendo que o principal suporte que possuem é a religião. Os autores consideram que o bem-estar e a qualidade de vida dos idosos longevos são

influenciados por múltiplos fatores, inclusive socioeconômicos, culturais e de saúde (INOUE; PEDRAZZANI, 2007).

Um estudo epidemiológico transversal foi realizado na zona urbana do município de Ribeirão Preto – SP, com os objetivos de caracterizar os idosos mais velhos socioeconômica e demograficamente e descrever o arranjo domiciliar dos longevos quanto ao tipo de arranjo, chefia do domicílio, formação e razão para moradia. Dos 147 longevos residentes na comunidade, 39 (26,5%) deles residem somente com o cônjuge; 21 (14,3%) somente com os filhos; 21 (14,3%) sozinhos; e 16 (10,9%) em arranjos trigeracionais (idoso, filhos e netos). O próprio idoso é o chefe da família em 57,1% (84 idosos), seguido do filho em 17% (25 idosos). Encontrou-se equivalência entre o número de idosos que foram morar no domicílio da família e daqueles em que os familiares foram morar com o idoso. Os arranjos predominantes na faixa etária acima de 90 anos foram de idosos que vivem com os filhos e com filhos e netos. Os autores recomendam projetos articulados entre as áreas social e de saúde com foco no cuidado dos longevos e suas famílias, e que envolvam equipes multiprofissionais, especialistas nas áreas da geriatria e gerontologia, além da sociedade em geral. Reconhecem ainda, nesse contexto as possibilidades para atuação dos enfermeiros (PEDRAZZI *et al.*, 2010).

Os estudos mostram o aumento da prevalência de demência nas faixas etárias mais avançadas. Muitos idosos com alteração cognitiva são cuidados na família e o apoio familiar está relacionado à vulnerabilidade social. Um estudo com o objetivo de identificar a relação entre uma medida de vulnerabilidade social e alguns indicadores de apoio familiar para idosos acima de 80 anos com alterações cognitivas, utilizou o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS). Esse índice engloba características socioeconômicas e demográficas, classificando em seis grupos segundo nenhuma ou muito alta vulnerabilidade (PAVARINI *et al.*, 2009).

O estudo quantitativo descritivo *op cit.*, realizado com 49 longevos cadastrados em uma unidade de saúde da família em um município paulista, mostrou porcentagem muito pequena de octogenários residindo em locais de muito alta vulnerabilidade social, o que foi atribuído às condições de vida e acesso aos serviços de saúde. Observou-se que 88% dos idosos moravam com a família e 12% moravam sozinhos, enquanto 41% moravam com mais um ou dois idosos. Os autores consideram que a presença de familiares não indica necessariamente o cuidado ao idoso e as autoras sugerem outras pesquisas para mostrar a

funcionalidade da rede de apoio familiar para os idosos longevos com alteração cognitiva.

Em uma amostra de 155 longevos em três regiões do Estado do Rio Grande do Sul (96 na zona rural do município de Encruzilhada do Sul, 43 no distrito sanitário noroeste de Porto Alegre e 16 na zona urbana do município de Frederico Westphalen, região norte do Estado), Aires, Paskulin e Moraes (2010) compararam o grau de dependência para atividades de vida diária. Observou-se predomínio do sexo feminino na zona rural (60,4%) e Porto Alegre (79,1%) e de homens na região norte (56,3%). A faixa etária prevalente nas três regiões foi de 80 a 84 anos e quanto à escolaridade, 94,3% eram analfabetos ou com ensino primário incompleto na zona rural, sendo 87,5% na região norte e 41,9% em Porto Alegre.

No estudo *op. cit.*, a maioria dos longevos foi classificada como independentes (54,86%) e entre os homens se observou tendência a serem mais independentes do que as mulheres. Foi identificada associação estatisticamente significativa para dependência grave e idade mais avançada. As duas zonas urbanas apresentaram maior dependência grave e para as autoras é uma questão para investigação em outros estudos, pois pode ser atribuída à influência do cotidiano na zona rural na melhoria da funcionalidade desses idosos. As autoras destacam o papel do enfermeiro nos diversos cenários de atenção à saúde e reforçam o princípio da integralidade da assistência na manutenção da autonomia e capacidade funcional dessa população.

Entre as causas externas, as quedas têm importância nos índices de mortalidade, principalmente entre os idosos longevos. De acordo com os dados da cidade de Curitiba, no ano de 2008 o número e percentual de mortalidade por queda foi de 9 (5,5%) na faixa etária de 60 a 69 anos, 34 (20,9%) entre 70 a 79 anos e chegou a 82 (50,3%) entre os longevos. Nesse mesmo ano, 49,8% dos eventos violentos que resultaram em morte do idoso foram quedas. O maior número de quedas ocorre entre os idosos longevos, além de maior mortalidade decorrente também nesta faixa etária (SECRETARIA MUNICIPAL DE CURITIBA, 2010).

A idade avançada é considerada fator de risco para diversas doenças. No estudo realizado em instituições de cuidado de Enfermagem (*skilled nursing facilities*), foram avaliados 34.486 sujeitos quanto ao risco para osteoporose por meio da mensuração da densidade óssea. O grupo etário dos idosos com 80 anos ou mais foi o que apresentou maior risco. As autoras ressaltam que existe uma

lacuna entre a prevalência da osteoporose, o diagnóstico e o tratamento dos idosos e, além disso, outros estudos têm mostrado o consumo inadequado de cálcio e vitamina D e a deficiência de vitamina D entre idosos nessas instituições (GLOTH; SIMONSON, 2008).

A nutrição deficiente foi investigada em uma amostra de 350 residentes em oito *Residential Aged Care Facilities* na Austrália. Por meio do instrumento *Subjective Global Assessment*, os residentes foram classificados em bem nutridos, moderadamente mal nutridos e severamente mal nutridos. A prevalência identificada de mal nutridos foi maior entre os idosos com maior necessidade de cuidado e naqueles com idade maior de 90 anos (68,8%). Os autores ressaltam que o aumento da idade está associado às alterações fisiológicas em vários sistemas do corpo, predispõem a má nutrição e contribuem para o declínio da funcionalidade. Os resultados enfatizam a necessidade de garantir o cuidado nutricional para as pessoas idosas, pois muitas causas da nutrição deficiente podem ser modificadas. Sugerem avaliações periódicas do estado nutricional e intervenções oportunas, abordagem multiprofissional, educação da equipe, suporte e tempo adequado para garantir os cuidados diários (GASKILL *et al.*, 2008).

Um estudo retrospectivo de corte comparou as características da reabilitação para pacientes nonagenários e mais jovens com fratura de quadril (HFX), infarto do miocárdio (HF) ou acidente vascular cerebral (AVC). O estudo foi realizado em sete *skilled nursing facilities* em Denver, Colorado. Os escores médios totais na Medida de Independência Funcional (MIF) na admissão foram de 63,9; 72,8 e 59,2 para os idosos jovens para HFX, HF e AVC, respectivamente, e 56,5; 71,4 e 57,9 para os nonagenários. Na saída os escores médios totais para os idosos jovens foram 85,3; 90,8 e 80,4 e 73,4 e 89,3 e 77,1 para os nonagenários. Os resultados mostraram que os nonagenários precisam dispende mais recursos na reabilitação para atingir resultados similares aos idosos mais jovens. Além disso, os nonagenários foram menos frequentemente dispensados para a comunidade, bem como menos deles haviam sido admitidos da comunidade (CONNER *et al.*, 2010).

Na avaliação dos resultados de 614 pacientes, sendo 262 com 80 anos ou mais, que sofreram Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e foram admitidos no *St Vincent's University Hospital* em Dublin - Irlanda, durante o período de 2002 a 2005, observou-se maior mortalidade para os longevos. A mortalidade foi de 71 (27%) longevos e 33 (9%) idosos jovens e 87 (33%) longevos e 234 (66%) dos mais jovens

receberam alta. As autoras ressaltam a otimização das medidas para prevenir IAM e para melhorar os resultados sobre o crescente número de longevos que sofrem esse agravo (NOONE; O'SHEA; CROWE, 2011).

Segundo Fischer, Brimhall e Parikh (2008), os idosos suportam menos os cuidados agressivos e intensivos e podem apresentar perda funcional acentuada durante a hospitalização. O estudo quantitativo retrospectivo realizado pelos autores com 2.128 pacientes hospitalizados devido à insuficiência renal aguda, objetivou caracterizar as necessidades de cuidado e os fatores influenciadores após hospitalização. Entre os longevos, apenas 6% não precisaram de outros cuidados profissionais após a hospitalização. A idade avançada, gênero feminino e maior severidade da doença foram associadas independentemente com maior utilização de serviços de cuidado após hospitalização. Os autores apontaram fatores para explicar esses resultados, como a menor reserva física entre os idosos, complicações das terapias decorrentes de polifarmácia, excesso de volume de líquidos e complicações decorrentes de imobilidade.

Segundo Sousa *et al.* (2008), a idade é critério considerado para recusa na admissão de pacientes idosos em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e esse é um tema controverso na literatura. As autoras realizaram um estudo epidemiológico de corte transversal com amostra de 71 idosos internados em três UTIs no município de São Paulo. Os dados foram coletados de outubro a novembro de 2004 por meio do *Nursing Activities Score* (NAS) para avaliar a demanda de trabalho de Enfermagem e do *Simplified Acute Physiology Score* (SAPSII) para a gravidade e risco de mortalidade. Os mais idosos permaneceram internados por tempo significativamente maior do que aqueles entre 60 a 69 anos ( $p = 0,006$ ) e apresentaram maior risco para mortalidade ( $p = 0,026$ ). Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa para a carga de trabalho de Enfermagem nos grupos segundo a faixa etária. Entre o grupo dos longevos, 50% permaneceram na UTI por tempo igual ou superior a 10 dias, 54,2% era do sexo masculino, 66,7% apresentaram alta gravidade, 33,8% internou devido problema respiratório e a taxa de mortalidade (20%) foi considerada elevada, porém foi menor do que no grupo de 70 a 79 anos. Os autores inferem que não se pode afirmar que quanto maior a idade, maior é a demanda de trabalho de Enfermagem, no entanto revelam que a gravidade do paciente demanda maior carga de trabalho.

Um estudo realizado por Morrell (2010) relata o caso de uma idosa com 88 anos com insuficiência cardíaca congestiva e nível de consciência diminuído, admitida em uma unidade cardíaca de cuidados intensivos. A idosa apresentou retenção de 117 ml de fluido na bexiga e mantinha cateter de Foley. A equipe utilizou medidas que não resolveram o problema e após 24 horas o nível de consciência continuou a decrescer, a paciente apresentou novo episódio de infarto e a família decidiu transferi-la de unidade para manter apenas medidas de conforto. O caso mostrou a necessidade de pensamento crítico para resolver situações que não podem ser resolvidas com as medidas rotineiramente utilizadas, no intuito de promover resultados positivos para o paciente.

O estudo qualitativo exploratório com análise temática das narrativas objetivou analisar a construção da masculinidade entre homens com idade de 85 anos e mais. Ao contrário de generalizações de discursos do gênero masculino e feminino, as autoras consideram uma ampla variedade desses discursos em diferentes contextos sociais e culturais, construídos no cotidiano das interações sociais e revelados nas maneiras de agir, falar e narrar sua própria vida. Os resultados se basearam nas entrevistas realizadas com 13 participantes, em que se solicitou narrarem aspectos de suas vidas, como eventos importantes, experiências de envelhecer positivas e negativas e espiritualidade. Emergiram três temas descrevendo a masculinidade: estar no centro masculino, manter a aparência masculina e relacionar-se. As múltiplas masculinidades estão presentes nos contextos de cuidado à saúde, nas relações dos idosos com os profissionais da Enfermagem, predominantemente do gênero feminino e outras pesquisas poderão esclarecer como ocorrem essas construções (ALEX *et al.*, 2008).

Destaca-se o estudo qualitativo sócio-histórico realizado com base nas histórias de vida de idosos longevos em uma unidade básica de saúde em Curitiba Paraná, com objetivo de interpretar as histórias de vida deles alicerçado no envelhecimento ativo e curso de vida. As trajetórias foram analisadas com base nas etapas propostas por Schütze e foi elaborado o modelo teórico: construindo a longevidade no curso de vida. Segundo a autora, o conhecimento das histórias de vida dos idosos longevos denota novas maneiras para a atuação da Enfermagem gerontológica na prevenção de doenças e promoção da saúde (WILLIG, 2012).



### 3.3 ENFERMAGEM, CUIDADO E CULTURA

Observa-se na literatura recente, os estudos na área da Enfermagem que buscam compreender os cuidados, tanto dos profissionais que atuam nos serviços de saúde e também a perspectiva dos usuários. Nessas investigações, as enfermeiras apropriam-se de recursos teóricos e metodológicos da antropologia e das pesquisas qualitativas, no intuito de aproximar-se à vivência das pessoas.

A ação de cuidar de um ser humano, para Roselló (2009), envolve uma relação interpessoal que transforma positivamente os membros, em uma reciprocidade na qual as pessoas se aperfeiçoam. Essa relação se desenvolve por meio da presença e do diálogo para que o ser humano possa recompor-se quando doente, encontrar caminhos e a vontade de viver.

O ato de cuidar de idosos é influenciado por valores, crenças, relacionamentos pregressos e as concepções de velhice e cuidado. Os valores relativos ao cuidado estão em constantes transformações e sofrem influência da religiosidade, classe social, grau de escolaridade e o acesso ao sistema de saúde (FLORES *et al.*, 2011).

Para os idosos da província de Coclé, República do Panamá, investigados por Camargo e Caro (2009), a empatia é considerada um componente central, implicando também conhecimentos, compromisso e ações de cuidado. Os comportamentos das enfermeiras percebidos como negativos por alguns idosos estão relacionados com a falta de tempo, como não permitir que eles expressem os sentimentos a respeito da enfermidade, não incluí-los no planejamento do cuidado ou não oferecer uma presença tranquilizadora.

De acordo com Soriano e López-Díaz (2010), a cultura é o principal contexto que define o significado atribuído pelas pessoas idosas às suas experiências. O significado da velhice e incapacidade é uma construção social e cultural influenciada por fatores religiosos, sociais e valores heterogêneos, por isso, o cuidado deve valorizar também a diversidade cultural. Na etnografia realizada pelos autores, emergiram três temas culturais: a pessoa percebe seus males, porque o corpo não responde como antes; velhice, muitas doenças e poucas capacidades; invalidez, deixando a vida nas mãos de outros.

Para os idosos de uma área urbana marginal de Bogotá, as situações de velhice e incapacidade se evidenciam como mudanças no corpo e limitações para as

atividades diárias, para trabalhar, ser independente e participar socialmente. O discurso dos idosos não é homogêneo e se constrói sobre seus saberes e dos serviços de saúde que eles frequentam há anos (SORIANO; LÓPEZ-DÍAZ, 2010).

Os idosos em situação de incapacidade e pobreza na Comuna 9, Colômbia, cuidam de sua saúde com ações como ir ao médico quando se sente mal, tomar remédios para sentir alívio, rezar e obter o que precisa para se cuidar. As crenças a respeito do que não fazer para cuidar da saúde incluíram: evitar mudanças de temperatura (quente e frio), evitar cair, sentir raiva e preocupar-se, e não comer o que pode fazer mal. As pessoas e as comidas podem ajudar a cuidar da saúde ou causar enfermidades. Para esses idosos a saúde é sustentada pela religiosidade, medicina alopática e tradicional, companhia, dormir, tomar banho, entre outros (HERRERA; POSADA, 2010).

A autonomia foi representada pelos idosos residentes na comunidade em um município no interior do estado do Rio Grande do Sul como fator fundamental para sua qualidade de vida e preservação da dignidade. A autonomia é prejudicada quando suas decisões são desrespeitadas, na dependência física e econômica e na necessidade de cuidado intergeracional. Mesmo com limitações orgânicas e em alguns casos de dependência econômica, a tomada de decisão a respeito da sua vida foi relacionada ao viver bem (FLORES *et al.*, 2010).

O significado da promoção do cuidado efetivo e afetivo ao idoso na Enfermagem foi abordado por Prochet *et al.* (2012), em estudo qualitativo desenvolvido com enfermeiras de um hospital no interior paulista. Os discursos das enfermeiras evidenciaram três categorias para o cuidado efetivo: envolve o conhecimento do cliente em seu contexto social, extrapola o cuidado técnico e atendimento das necessidades do cliente. Para o cuidado afetivo, as respostas levaram à construção de duas categorias: bem-estar e autoconhecimento do profissional que cuida e ações psicológicas. As autoras enfatizam as relações humanas para o cuidado adequado e englobar os conhecimentos de Enfermagem, técnica e o saber conviver.

Os significados das experiências das pessoas nos fenômenos de saúde e doença constituem conhecimentos fundamentais para o cuidado de Enfermagem. O significado, como conceito de domínio da prática de Enfermagem, pode ser abordado sob diferentes enfoques metodológicos, como a fenomenologia e a etnografia (LOZANO; CARO-CASTILLO, 2008). Observa-se na literatura estudos na

área da Enfermagem a respeito do cuidado sob diferentes aspectos e nesta revisão, foram enfocados os estudos etnográficos que abordam o significado do cuidado.

A significação das experiências é construída coletivamente, transmitida por meio da socialização e manifestada mediante formas culturais. Os profissionais que cuidam interferem nas significações da experiência, conforme suas reações (SARTI, 2001).

Foi constatado um déficit significativo de estudos na área da Enfermagem a respeito do significado do cuidado segundo os usuários dos serviços de saúde e/ou dos profissionais de Enfermagem. Não foram encontrados estudos etnográficos abordando o significado do cuidado de Enfermagem atribuído pelos idosos ou o significado do cuidado ao idoso na ótica de enfermeiras. Especificamente com idosos, destacam-se duas pesquisas etnográficas a respeito do significado do cuidado para idosos e cuidadores familiares.

No estudo etnográfico realizado por Flores *et al.* (2011), com 10 idosos e seus respectivos familiares cuidadores, a reciprocidade foi um tema central observado no cuidar para eles. Além disso, a troca de bens simbólicos, como amor, atenção, afeto, entre outros, estrutura o cuidado intergeracional. Os significados atribuídos ao cuidado intergeracional com o idoso podem estar relacionados à dádiva ou à dívida, e incluir gratidão, obrigação, dever, solidariedade, entre outros.

Os significados atribuídos à experiência de cuidado no seio das famílias foram investigados por Santos (2003), por meio de observação participante e entrevistas semiestruturadas com os cuidadores familiares de idosos. Originaram dos dados, cinco eixos temáticos: a construção da demência como doença e do familiar como doente, o cuidador familiar na sua pluralidade, a complexidade do processo de cuidar, o grupo doméstico e a dinâmica de interações com o cuidador familiar, tensões, dilemas e conflitos vividos pelos cuidadores (SANTOS, 2003).

O estudo qualitativo descritivo de abordagem cultural, fundamentado na teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural proposta por Leininger, teve objetivo de descrever as práticas, crenças e valores de cuidado com a saúde dos idosos longevos. A coleta de dados ocorreu por meio do modelo OPR e entrevistas etnográficas com 12 informantes-chaves longevos, residentes na comunidade, em Curitiba, Paraná. Emergiram três domínios culturais: suporte para o cuidado à saúde dos mais velhos, maneiras dos longevos cuidarem d sua saúde, passagens ao longo do curso de vida que refletiram no cuidado dos mais idosos, e o tema cultural: o

sagrado e o afeto – âncora dos longevos para os cuidados à saúde. O estudo mostrou aspectos das práticas de cuidado sob o ponto de vista dos longevos, o qual se sustenta na religiosidade e interações afetivas (BETIOLLI, 2012).

Segundo Lenardt *et al.* (2006), as informações que os idosos possuem a respeito do cuidado precisam ser sistematicamente conhecidas e intencionalmente utilizadas pelos profissionais de saúde. Essa citação corrobora ao presente estudo, já que há escassez de estudos etnográficos a respeito do cuidado popular dos idosos longevos e das potencialidades de sua utilização nas práticas de Enfermagem.

## 4 METODOLOGIA

Apresentam-se a seguir, o tipo de pesquisa adotado, cenário do estudo, entrada no campo, atores, trabalho de campo etnográfico, análise etnográfica, rigor do estudo e os aspectos éticos.

### 4.1 TIPO DE PESQUISA

No presente estudo foi utilizada a pesquisa qualitativa do tipo etnográfica, de acordo com o referencial metodológico de Spradley e McCurdy (1972, 1979) e Spradley (1980). O trabalho etnográfico consiste em descrever uma cultura sob o ponto de vista dos nativos. Para isso, o etnógrafo participa de atividades, faz perguntas, assiste a cerimônias, aprende novas linguagens, faz anotações em diário de campo, observa as cenas culturais<sup>10</sup> e entrevista os informantes-chaves (SPRADLEY, 1980).

A etnografia propicia ao pesquisador o conhecimento direto e experiencial de uma cultura, por meio do desenvolvimento de quatro etapas principais, detalhadas no Quadro 1: adquirir ferramentas conceituais, entrar no campo, fazer o trabalho de campo e descrever a cultura.

Adquirindo ferramentas conceituais	Entrando no campo	Fazendo o trabalho de campo	Descrevendo uma cultura
Entender o conceito de cultura e aprender sobre os métodos do trabalho de campo.	Selecionar uma cena cultural e contactar os informantes.	Coletar e registrar dados culturais.	Analisar os dados e escrever uma descrição cultural.

QUADRO 1 – ETAPAS DA EXPERIÊNCIA CULTURAL  
FONTE: SPRADLEY; MCCURDY (1972).

<sup>10</sup> As cenas culturais consistem em um sistema de significados integrados com base em um padrão maior (SPRADLEY, 1980).

## 4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada no município de Curitiba. A Figura 2 destaca a localização geográfica do município no Estado do Paraná, Brasil.



FIGURA 2 – MAPA DOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO PARANÁ  
FONTE: IPARDES (2013)

Administrativamente, o município de Curitiba foi desmembrado de Paranaguá e instalado no dia 23 de março de 1693. Atualmente é a capital do Estado, possui área territorial de 435.495 km<sup>2</sup>, densidade demográfica de 4.079 hab/km<sup>2</sup> e grau de urbanização 100% (IPARDES, 2013).

No ano de 2011, residiam na região sul do Brasil 27.562.433 pessoas, 10.512.349 no Estado do Paraná e 1.764.541 pessoas em Curitiba (IBGE, 2012a). De acordo com o censo demográfico de 2010, Curitiba possuía uma população de 198.330 pessoas com 60 anos ou mais, sendo 80.782 homens (40,73%) e 117.547 (59,27%) mulheres idosas (IBGE, 2012b).

A cidade de Curitiba é composta por nove regiões ou distritos sanitários e abrange 75 bairros. O Anexo 3 mostra o mapa da cidade com destaque para os bairros e a renda mensal média dos domicílios particulares permanentes. O estudo

foi realizado em uma UBS localizada no Distrito Sanitário (DS) Boa Vista, o qual abrange treze bairros na região nordeste da cidade.

A UBS foi escolhida por constituir campo onde são desenvolvidos projetos do grupo de pesquisa e em razão deste estudo compor etapa do projeto maior que estava em andamento na UBS. Além disso, ressalta-se que a UBS está localizada na região com segundo maior número de idosos da cidade e realiza atendimentos à saúde da população idosa longaeva.

A Tabela 1 mostra o número e porcentagem da população idosa residente em Curitiba, conforme a distribuição entre os nove distritos sanitários da cidade. Residem no DS Boa Vista, aproximadamente, 31.299 idosos, 12.656 homens (40,4%) e 18.643 mulheres (59,3%), o que corresponde a 11,3% da população total de idosos em Curitiba. A distribuição dos idosos do DS Boa Vista por faixa etária mostra que 57,9% (18.119) deles possuem entre 60 a 69 anos, enquanto 29,3% (9.152) possuem de 70 a 79 anos e uma parcela de 12,9% (4.028) com 80 anos ou mais (SECRETARIA MUNICIPAL DE CURITIBA, 2010).

TABELA 1 – NÚMERO E PORCENTAGEM DE PESSOAS IDOSAS RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE CURITIBA, SEGUNDO OS DISTRITOS SANITÁRIOS. CURITIBA, 2010

<b>Distrito Sanitário</b>	<b>População total</b>	<b>Número de idosos</b>	<b>% de idosos no DS</b>
Matriz	236.163	42.822	18,1
Boa Vista	277.964	31.299	11,3
Portão	255.184	28.870	11,3
Santa Felicidade	176.778	19.077	10,8
Cajuru	225.242	21.916	9,7
Boqueirão	223.340	19.527	8,7
Pinheirinho	144.030	9.809	6,8
Cic	172.893	10.702	6,2
Bairro Novo	139.619	7.718	5,5
<b>TOTAL</b>	<b>1.851.213</b>	<b>191.740</b>	<b>10,35</b>

FONTE: SECRETARIA MUNICIPAL DE CURITIBA (2010).

Observa-se na Tabela 2, o número de idosos longevos residentes em Curitiba, segundo os distritos sanitários. Do total estimado de 25.438 longevos em Curitiba, residem no DS Boa Vista 4.028, equivalente a 15,83% das pessoas dessa faixa etária. No DS Boa Vista é encontrado o segundo maior número de idosos com 80 anos ou mais de Curitiba e a terceira maior porcentagem de longevos no DS. (SECRETARIA MUNICIPAL DE CURITIBA, 2010).

TABELA 2 – NÚMERO E PORCENTAGEM DE PESSOAS IDOSAS LONGEVAS RESIDENTES EM CURITIBA, SEGUNDO OS DISTRITOS SANITÁRIOS. CURITIBA, 2010

<b>Distrito Sanitário</b>	<b>Número de Idosos</b>	<b>Número de longevos</b>	<b>% de longevos no DS</b>
Matriz	42.822	7.853	18,3
Santa Felicidade	19.077	2.522	13,2
Boa Vista	31.299	4.028	12,9
Portão	28.870	3.561	12,3
Cajuru	21.916	2.530	11,5
Boqueirão	19.527	2.100	10,7
Cic	10.702	1.103	10,3
Bairro Novo	7.718	782	10,1
Pinheirinho	9.809	959	9,8
<b>TOTAL</b>	<b>191.740</b>	<b>25.438</b>	<b>13,3</b>

FONTE: SECRETARIA MUNICIPAL DE CURITIBA (2010).

A descrição etnográfica da unidade de saúde é apresentada no item resultados, envolve aspectos físicos do local, o atendimento aos idosos longevos, as cenas do cotidiano deste serviço de saúde, buscando a descrição densa do cenário cultural. Estas informações contribuíram na interpretação dos discursos dos informantes-chaves e dos significados contidos nas experiências retratadas. Deste modo, conforme Langdon, Maluf e Tornquist (2012), a antropologia procura entender os processos de saúde e doença como experiências particularizadas e contextualizadas.

#### 4.3 ENTRADA NO CAMPO

Após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde e posterior autorização da Secretaria Municipal de Saúde, foram iniciados os trabalhos de campo.

Inicialmente, a atenção foi dirigida para a identificação dos possíveis facilitadores que poderiam mediar a entrada da pesquisadora no campo, como a autoridade sanitária da unidade de saúde, a equipe de Enfermagem e os funcionários. Segundo Spradley e McCurdy (1972), praticamente todas as pessoas podem atuar como *middleman*<sup>11</sup>, intermediando o contato com os informantes no cenário cultural, além de facilitar a obtenção de confiança e a cooperação deles.

Para as devidas apresentações pessoais foram efetuados contatos com as enfermeiras e em seguida, realizada uma reunião com os profissionais da equipe de

<sup>11</sup> *Middleman*: são pessoas familiarizadas com o cenário que podem conduzir o pesquisador ao encontro de potenciais informantes, por exemplo, apresentando-o ou explicando os seus propósitos (SPRADLEY; MCCURDY, 1972).



Enfermagem, com a intenção de esclarecer os objetivos do trabalho e a importância da colaboração deles. Para abranger os profissionais das equipes dos períodos da manhã e tarde, essa atividade ocorreu em dois momentos. Em ambos os períodos, as enfermeiras reuniram os profissionais de Enfermagem na recepção e foi explicada, resumidamente, a metodologia e o foco nos idosos longevos, tendo em vista a escassa produção de conhecimento a respeito do cuidado à saúde dessa população.

Antes de iniciar as entrevistas individuais, a atenção da pesquisadora foi voltada para o conhecimento e descrição do cenário cultural, início do processo de entrosamento<sup>12</sup> e seleção dos informantes-chaves. Desde o início, o trabalho de campo foi centrado no aprendizado de como ocorrem e como obter relações harmoniosas com os informantes. Foram seguidas as etapas do processo de entrosamento propostas por Spradley e McCurdy (1979): apreensão, exploração, cooperação e participação. No estágio inicial, espera-se que ocorram sentimentos de apreensão com a presença do etnógrafo e os informantes podem não entender claramente os objetivos do pesquisador ou sentir que não cumprirão com as expectativas dele. Nesta etapa, as ações da pesquisadora no campo focaram no ouvir, mostrar interesse pelo que diziam os informantes e na utilização das questões descritivas para que o informante pudesse falar livremente.

À medida que ocorre um senso de compartilhamento, o etnógrafo pode iniciar a exploração, ouvindo, observando e testando hipóteses. Foram seguidos os três princípios propostos pelos autores para a construção do entrosamento nesta fase: explicações repetidas, reafirmar o que o informante disse e evitar questionar diretamente os significados, mas as utilizações, para que o informante não traduza para a linguagem do pesquisador.

No estágio da cooperação, está claro para o informante e para o pesquisador o objetivo de conhecer a cultura do informante na linguagem dele. O informante sente-se livre para fornecer informações ou fazer perguntas para o etnógrafo. Após obter a cooperação, foram iniciadas as entrevistas etnográficas com os informantes-chaves, buscando atingir a etapa seguinte do entrosamento.

---

<sup>12</sup> Entrosamento refere-se a uma relação harmoniosa entre o pesquisador e o informante, no entanto, essas relações são definidas culturalmente em todas as sociedades. Por isso, o etnógrafo também presta atenção para aprender as características da harmonia no local (SPRADLEY; MCCURDY, 1979).

Quando o informante reconhece e aceita o papel de ensinar ao etnógrafo, desenvolve-se a participação e a intensa cooperação. A última fase, entretanto, não ocorre com todos os informantes (SPRADLEY; MCCURDY, 1979).

#### 4.4 ATORES DA PESQUISA

Os atores da pesquisa foram as pessoas que fizeram parte do cenário do estudo, como os usuários da UBS, os profissionais e os funcionários de uma forma geral. Para atingir os objetivos propostos para o estudo, os profissionais de Enfermagem e os idosos longevos foram convidados a participar da entrevista etnográfica formal, e atuaram como informantes-chaves.

A equipe de Enfermagem que atua na UBS é formada, no total, por três enfermeiras e 19 auxiliares de Enfermagem, dividida em dois períodos, pela manhã são duas enfermeiras e 10 auxiliares e no turno da tarde, uma enfermeira e 9 auxiliares de Enfermagem, com carga horária de seis horas de segunda a sexta-feira e escala aos sábados. Também atuam, a equipe médica (5 clínicos gerais, 1 ginecologista e 4 pediatras), de saúde bucal (6 cirurgiões dentistas, 3 técnicos e 6 auxiliares em saúde bucal) e da administração (1 autoridade sanitária local, 3 agentes administrativos e 1 auxiliar de serviços gerais), além de 5 agentes comunitários de saúde.

Foi elaborado um convite com informações da pesquisa e exposto em murais indicados pela enfermeira. O convite foi uma forma de divulgar a pesquisa e incentivar a participação dos profissionais de Enfermagem e idosos longevos. Igualmente, em conversas com os possíveis informantes-chaves foram esclarecidos os propósitos da pesquisa e realizadas solicitações para participarem das entrevistas etnográficas.

Entre os profissionais de Enfermagem que atuam de forma direta ou indireta no cuidado à saúde dos idosos, incluindo auxiliares de Enfermagem e enfermeiros, foram selecionados aqueles que atenderam aos seguintes critérios de inclusão:

- a) atuar no cuidado à saúde dos idosos na unidade de saúde há, pelo menos, seis meses;
- b) disponibilidade de tempo para o diálogo.

Os idosos longevos foram selecionados de acordo com os seguintes critérios de inclusão no estudo:

- a) possuir idade igual ou superior a 80 anos;
- b) apresentar capacidade física e cognitiva para manter diálogo efetivo;
- c) obter pontuação no MiniExame do Estado Mental (MEEM)(FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975) adaptado (BRUCKI *et al.*, 2003; Apêndice 1) acima dos pontos de corte de 13 pontos para analfabetos, 18 pontos para baixa e média escolaridade e 26 pontos para escolaridade alta (BERTOLUCCI *et al.*, 1994);
- d) estar cadastrado na unidade de saúde e utilizar os serviços há, pelo menos, seis meses;
- e) disponibilidade de tempo para o diálogo.

Foi critério de exclusão do estudo o informante voluntariamente expressar, a qualquer momento, o desejo de interromper sua participação no estudo.

Os informantes-chaves foram selecionados ao longo do trabalho de campo na unidade de saúde utilizando a observação participante. Por meio de diálogos foram identificados os profissionais de Enfermagem e os idosos longevos presentes no cotidiano e com disponibilidade para responder às questões e contribuir com a pesquisa. Desta forma, foram realizadas entrevistas informais e as entrevistas formais foram agendadas com os informantes-chaves para datas próximas.

Houve uma longeva que não compareceu no dia marcado e um longofo estava apressado para voltar para casa e desta forma, não participaram como informantes-chaves e uma auxiliar de Enfermagem se recusou.

Participaram 20 informantes-chaves, sendo 10 profissionais de Enfermagem (3 enfermeiras e 7 auxiliares de Enfermagem) e 10 longevos (5 homens e 5 mulheres). Observa-se no Quadro 2, as características dos profissionais de Enfermagem que atuaram como informantes-chaves neste estudo, quanto à idade, sexo, estado civil, escolaridade e tempo de atuação na profissão, na unidade de saúde e com idosos. No Quadro 3, constam as características dos informantes-chaves longevos, quanto a idade, estado civil, número de anos de ensino formal, renda mensal e escore no MEEM.

<b>Características</b>	<b>Enfermeiras</b>	<b>Auxiliares de Enfermagem</b>
<b>Idade</b>	26 a 31 anos	31 a 41 anos
<b>Sexo</b>	3 mulheres	5 mulheres e 2 homens
<b>Estado civil</b>	3 casadas	2 solteiros, 2 divorciados e 3 casados
<b>Escolaridade</b>	1 Mestrado em Enfermagem 2 Ensino Superior Completo	2 Ensino Superior Completo 1 Ensino Superior Incompleto 4 Ensino Médio Completo e Curso Técnico em Enfermagem
<b>Tempo de atuação:</b> <b>a) na profissão</b> <b>b) unidade de saúde</b> <b>c) com idosos</b>	5 a 10 anos	5 a 20 anos
	6 meses a 3 anos e 3 meses	2 e meio a 9 anos
	3 anos e 3 meses a 7 anos	4 a 10 anos

QUADRO 2 – CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM QUE ATUARAM COMO INFORMANTES-CHAVES NO ESTUDO. CURITIBA, 2013

FONTE: O autor (2013)

<b>Características</b>	<b>Longevas</b>	<b>Longevos</b>
<b>Idade</b>	81 a 87 anos	81 a 88 anos
<b>Estado civil</b>	4 viúvas, 1 casada	4 casados, 1 viúvo
<b>Ensino formal</b>	1 a 5 anos	Nenhum a 5 anos
<b>Renda mensal</b>	R\$ 450 até R\$ 1.200 reais	1 salário mínimo
<b>Escore no MEEM</b>	21 a 28 pontos	23 a 29 pontos

QUADRO 3 – CARACTERIZAÇÃO DOS IDOSOS LONGEVOS QUE ATUARAM COMO INFORMANTES-CHAVES NO ESTUDO. CURITIBA, 2013

FONTE: O autor (2013)

A renda de oito dos informantes-chaves longevos é de um salário-mínimo, sendo que uma longeva recebe R\$ 1.200 de pensão do marido e outra recebe uma pensão de R\$ 450. Esses longevos vivem na comunidade em arranjos domiciliares particulares, envolvendo cônjuges, filhos, netos, genro e nora. Uma idosa mora sozinha, embora tem filhos que a visitam periodicamente. Com exceção dela, observa-se que todos eles residem com, pelo menos, um filho na mesma casa ou no mesmo terreno em casas separadas.

Os profissionais de Enfermagem que atuaram como informantes-chaves foram identificados com as letras E para Enfermeiras e AE para Auxiliares de Enfermagem, seguidas de um algarismo arábico (1 a 3 para enfermeiras e 1 a 7 para auxiliares de Enfermagem). Da forma semelhante, os longevos foram identificados por idoso longevo ou idosa longeva, seguido de um algarismo arábico de 1 a 5 para homens e 1 a 5 para mulheres e da idade deles.

#### 4.5 TRABALHO DE CAMPO ETNOGRÁFICO

As informações foram coletadas por meio da observação participante e da entrevista etnográfica no período de março até outubro de 2013, perfazendo oito meses de trabalho de campo. A caracterização sociodemográfica dos informantes-chaves foi obtida dos idosos participantes (idade, estado civil, escolaridade, profissão/ocupação, renda, arranjo domiciliar) e dos profissionais de Enfermagem (idade, estado civil, escolaridade, profissão e tempo de atuação na profissão, na unidade de saúde do estudo e com idosos), por meio de instrumento estruturado (Apêndices 2 e 3, respectivamente) contendo essas informações.

A observação participante implica em um processo longo, leva vários meses para que o pesquisador possa apreender o comportamento das pessoas e dos grupos e, além disso, a presença constante do pesquisador no campo contribui para gerar confiança na população estudada (VALLADARES, 2007). O campo da pesquisa foi frequentado semanalmente, entre duas a quatro vezes por semana, permanecendo entre três até oito horas, nos dois períodos de funcionamento da UBS (manhã e tarde). Gradualmente, aconteceu o afastamento do campo para fazer as análises dessas informações, buscar aprofundamento teórico e escrever a etnografia, em um processo cíclico.

De acordo com Trad (2012), o tempo de permanência do pesquisador no campo da pesquisa influencia na qualidade das informações coletadas e se for muito abreviado, pode-se obter apenas dados superficiais e o prolongamento excessivo compromete o distanciamento necessário. Para isso, em concordância com o autor, levou-se em consideração a consistência das informações coletadas e a intensidade das interações entre o pesquisador e os informantes.

A observação participante iniciou com observações descritivas para obter um panorama geral da situação social. Ao mesmo tempo em que a observação tornou-se focada, as observações descritivas continuaram até o final do trabalho de campo. Finalmente, após repetidas observações, análises e a definição das categorias simbólicas, iniciaram as observações seletivas.

À medida que as observações descritivas foram realizadas, o foco etnográfico foi definido de acordo com o objetivo da pesquisa e as análises dos dados. O foco etnográfico, segundo Spradley (1980), refere-se a um único domínio cultural ou

alguns domínios relacionados e, ao ser selecionado, direciona observações mais profundas utilizando questões estruturais e contrastes.

O estudo iniciou com um foco amplo e muitas possibilidades de investigação. Ao longo do desenvolvimento das etapas, o foco estreitou-se nas observações focadas e seletivas e nas etapas finais, foi novamente expandido para obter a descrição holística da cena cultural. Conforme observa-se no Esquema 1, o etnógrafo busca manter um equilíbrio entre as análises profundas e holísticas ao longo da investigação (SPRADLEY, 1980).



ESQUEMA 1 – O FOCO DA INVESTIGAÇÃO ETNOGRÁFICA  
FONTE: SPRADLEY (1980).

O papel do observador participante varia de uma situação social para outra, na medida em que é definido o caminho para a evolução do trabalho e tendo em vista os objetivos propostos (SPRADLEY, 1980). Conforme sugere Valladares (2007), a presença e o papel como pesquisadora foram afirmados e reafirmados no cenário, considerando que a imersão total na cultura não ocorre durante o trabalho de campo.

De acordo com o grau de envolvimento com as pessoas e as atividades, Spradley (1980) classifica os tipos de participação (Quadro 4). Considera-se que a participação completa só ocorre para os nativos da cultura estudada (SPRADLEY, 1980).

Graus de envolvimento	Tipos de participação
Alto	Completa
	Ativa
Baixo	Moderada
	Passiva
Não-envolvimento	Não-participação

QUADRO 4 – TIPOS DE PARTICIPAÇÃO SEGUNDO O GRAU DE ENVOLVIMENTO DO PESQUISADOR COM AS PESSOAS E AS ATIVIDADES  
 FONTE: SPRADLEY (1980).

Nesta pesquisa, seguiram-se os tipos de participação em um *continuum* da não-participação, participação passiva, moderada e até a ativa. A participação completa só ocorreria se a pesquisadora fosse uma profissional de Enfermagem que atuasse na UBS ou uma idosa longeva, os quais são os nativos da cultura em estudo.

Ao considerar que a pesquisadora é uma profissional de Enfermagem, para desenvolver o estudo etnográfico e não distorcer a realidade com uma perspectiva cultural pré-concebida foi necessário desenvolver um estranhamento com a cultura profissional. A formação profissional da pesquisadora facilitou, em alguns momentos, a apreensão do cenário cultural, porém tornou difícil um olhar totalmente distanciado, pois essa formação é incorporada e constitui parte do aparato cultural, influencia, por exemplo, crenças e comportamentos da pesquisadora. Esse estranhamento se referiu a um olhar atento às cenas culturais para identificar as categorias dos nativos, registrar as perspectivas dos atores e questionar constantemente as informações registradas. De forma semelhante, para os idosos longevos, o estranhamento possibilitou a busca pela perspectiva do outro, procurando ver como eles veem.

Nos registros etnográficos da observação participante foram incluídas todas as informações para documentar a situação social em estudo, incluindo impressões e reações como pesquisadora, entrevistas informais, cenas culturais, eventos do cotidiano, entrevistas etnográficas, figuras, documentos, artefatos, entre outros. Esses dados foram utilizados para a descrição do cenário cultural, verificação de

hipóteses ou afirmações, complementação dos dados e para a interpretação do que foi dito pelos idosos nas entrevistas.

Foram utilizados os quatro tipos de registros etnográficos: condensados, expandidos, diário de campo e analíticos e interpretativos. Os registros condensados foram realizados sempre que possível no momento em que ocorriam as cenas culturais ou logo após as mesmas, buscando descrever os detalhes e não sumarizar ou traduzir nas palavras do pesquisador. Os registros expandidos foram realizados após as cenas culturais, acrescentando informações que não puderam ser registradas em tempo real. No diário de campo constaram experiências, ideias, problemas e percepções da pesquisadora a respeito do trabalho. E os registros analíticos e interpretativos incluíram as reflexões, generalizações e interpretações que surgiram da leitura dos registros anteriores.

Tendo em vista a importância dos registros para a análise etnográfica, observaram-se os dois princípios, propostos por Spradley e McCurdy (1979), para reduzir a tendência de traduzir as informações registradas e evitar distorcer os significados culturais, os quais são: a identificação da linguagem e o *verbatim*. Dessa forma, os registros refletiram as diferenças da linguagem utilizada pelos informantes, destacaram expressões e mostraram, sempre que possível, palavra por palavra, o que foi referido por eles.

Ressalta-se que nesta pesquisa a cultura profissional estudada é a mesma da pesquisadora. Mesmo no que se refere aos longevos, se trata de uma comunidade próxima e na mesma cidade onde a pesquisadora vive, onde se utiliza amplamente a língua portuguesa. Esta é uma peculiaridade das etnografias em sociedades complexas, na qual o pesquisador procura descrever as formas culturais em contextos locais e identifica também as singularidades.

As entrevistas etnográficas iniciaram com questões descritivas de acordo com o roteiro semiestruturado elaborado para os idosos longevos e para os profissionais de Enfermagem (Apêndice 4), seguidas das questões estruturais e contrastes, conforme foram definidos os domínios culturais. Após duas semanas de observação participante e entrevistas etnográficas informais, iniciaram as entrevistas formais.

As entrevistas etnográficas formais com os informantes-chaves foram registradas com o auxílio de um gravador, após obter a concordância por parte deles, a fim de captar com maiores detalhes as palavras e expressões dos dados nativos. A transcrição desses dados gravados foi realizada por meio de digitação



após o término de cada entrevista. Essas foram registradas em arquivos do Microsoft Word e identificadas com nomes fictícios.

Essas entrevistas foram realizadas individualmente junto aos informantes-chaves, com duração variável conforme a disponibilidade deles, entre trinta minutos e duas horas aproximadamente e em locais reservados para que eles pudessem falar livremente a respeito dos significados do cuidado à saúde. As entrevistas etnográficas formais com os profissionais de Enfermagem foram realizadas na sala da gerência, sala de preparo de material, consultório das enfermeiras, pré-consulta de pediatria, vacinas e farmácia, conforme a ocasião. As entrevistas com os idosos longevos foram realizadas nos espaços dos consultórios médicos e das enfermeiras quando estavam disponíveis.

De acordo com Lacerda (2012), a relação de poder existente entre o observador e o observado pode ser minimizada por meio da utilização da produção textual dialógica e da polifonia. O polifônico provém da perspectiva relativista, no qual as formas sociais são articuladas com o trabalho de campo e a realidade. Nada observa e nada resulta observado, trata-se de discurso dialogal (TYLER, 2003).

O trabalho de campo foi interrompido quando foi obtida a circularidade das informações e os domínios culturais mais significativos revelaram o tema cultural (MICHEL; LENARDT, 2013). Trad (2012) refere que qualquer que seja o ponto de interrupção do trabalho de campo, os dados gerados serão sempre parciais.

Para Tyler (2003), a etnografia pós-moderna é fragmentada, pois o trabalho de campo é fragmentado. Dessa forma, na etnografia no mundo pós-moderno a possibilidade de reconstruir uma totalidade com sentido para todas as posições diversas é negada e a etnografia pode evocar, sugerir conexões de sentido e provocar (LACERDA, 2012).

#### 4.6 ANÁLISE ETNOGRÁFICA

As informações foram analisadas em concomitância à coleta, no período de março a outubro de 2013, segundo o método de análise etnográfica de Spradley e McCurdy (1979) e Spradley (1980). Segundo esses autores, a análise etnográfica é desenvolvida com base em três princípios, relacional, utilização e similaridade ou contraste. De acordo com esses princípios, o significado de um símbolo pode ser

investigado segundo sua relação com outros símbolos, perguntando aos informantes como ele é utilizado e buscando similaridades e diferenças.

As análises foram realizadas com base nos registros realizados do trabalho de campo e geraram outras questões para observação, entrevistas e registros, em um *feedback* constante que proporcionou a direção do estudo. Ressalta-se ainda, que a escrita da etnografia também compõe etapa do ciclo de investigação, da qual surgem novas questões e reflexões.

Na primeira etapa da análise etnográfica foram identificadas as partes ou elementos das categorias simbólicas (análise de domínio), na qual se buscou os padrões culturais equivalentes que poderiam compor categorias. Segundo Spradley e McCurdy (1979), os domínios são categorias simbólicas compostas por três componentes básicos: o termo coberto, termo incluído e a relação semântica. O termo coberto é o nome do domínio cultural, os incluídos são os nomes de todas as categorias menores dentro do domínio e a relação semântica liga o termo coberto a todos os termos incluídos.

As relações semânticas universais são ferramentas para encontrar os domínios e estão presentes, provavelmente, em todas as culturas. Observa-se no Quadro 5, os nove tipos de relações semânticas universais identificadas por Spradley e McCurdy (1979).

<b>Inclusão precisa</b>	X é um tipo de Y
<b>Espacial</b>	X é um lugar em Y, X é parte de Y
<b>Causa-efeito</b>	X é um resultado de Y, X é causa de Y
<b>Racional</b>	X é uma razão para fazer Y
<b>Lugar para ação</b>	X é um local para fazer Y
<b>Função</b>	X é utilizado para Y
<b>Meio-fim</b>	X é uma maneira de fazer Y
<b>Sequência</b>	X é uma etapa de Y
<b>Atributo</b>	X é um atributo (característica) de Y

QUADRO 5 – TIPOS DE RELAÇÕES SEMÂNTICAS UNIVERSAIS  
FONTE: SPRADLEY; MCCURDY (1979).

Os domínios culturais preliminares foram identificados nos registros da observação participante e entrevistas etnográficas, por meio da seleção de relações semânticas que conectam os termos cobertos aos incluídos. Após, foram elaboradas

listas de domínios hipotéticos e estes foram testados e aprofundados por meio de observações e entrevistas, utilizando questões estruturais.

Na etapa seguinte, foram selecionados alguns domínios para realizar uma análise mais profunda dos significados do cuidado à saúde dos idosos longevos e limitou-se a abrangência da etnografia e o foco da investigação, mantendo a visão holística. A seleção dos domínios foi realizada com base no objetivo proposto para este estudo entre aqueles com maior quantidade de informação e que se mostraram mais significativos no trabalho de campo.

A taxonomia revela as relações entre todos os termos incluídos em um domínio cultural e as maneiras como eles estão relacionados com o todo (SPRADLEY; MCCURDY, 1979). Para a análise taxonômica foram observadas similaridades e relações entre os termos cobertos e incluídos e identificados termos incluídos adicionais. Em seguida, foram formuladas questões estruturais para repetidamente testar as taxonomias quanto às relações entre os termos e elucidar novos termos.

Na análise componencial foi realizada uma busca sistemática dos atributos associados às categorias culturais. A análise dos componentes foi realizada mediante a seleção das categorias de contraste e das dimensões de contrastes identificadas previamente. As questões de contraste foram utilizadas para elucidar os atributos das dimensões de contrastes e novas dimensões em entrevistas e observações seletivas.

Ao mesmo tempo em que foram examinados os pequenos detalhes da cultura, a análise temática envolveu as características mais amplas do cenário estudado. O tema cultural é definido por Spradley (1980), como qualquer princípio recorrente em um número de domínios, tácito ou explícito, servindo de relação entre subsistemas do significado cultural. Os temas culturais expressaram em forma de asserção os princípios recorrentes e o que as pessoas acreditam e aceitam como verdadeiro.

Posteriormente, os significados atribuídos ao cuidado à saúde dos idosos longevos pelos profissionais de Enfermagem e pelos idosos longevos foram comparados e analisados quanto às semelhanças e dessemelhanças.

#### 4.7 ASPECTOS ÉTICOS E O RIGOR DO ESTUDO

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná (SCS/UFPR) e aprovado em 28 de dezembro de 2012, sob parecer nº 11373112.0.0000.0102 (Anexo 1). Posteriormente, a realização do projeto na unidade de saúde foi autorizada pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, em 27 de fevereiro de 2013 (Anexo 2).

Foram respeitados os preceitos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos, segundo a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996). O respeito à dignidade do ser humano, proteção, direitos, sigilo e anonimato foram assegurados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndices 5 e 6), obtido dos possíveis informantes-chaves antes do início das entrevistas. O convite à participação no estudo foi precedido de explicações a respeito dos objetivos, propósitos e das formas de participação dos sujeitos.

Também foram considerados como aspectos éticos da pesquisa etnográfica, o compromisso do pesquisador com o rigor do estudo e esclarecer os vários elementos envolvidos na construção do conhecimento, como as formas de viver dos sujeitos, as relações estabelecidas, as dimensões analíticas do texto e o caráter subjetivo das experiências no campo (TRAD, 2012). Tendo em vista o impacto das mudanças nos fundamentos teóricos e metodológicos da antropologia nos últimos anos, no que se refere às relações que o pesquisador estabelece no campo da pesquisa, os pesquisados são considerados sujeitos com capacidade de agir e decidir sobre suas vidas. Dessa forma, conforme sugerem Langdon, Maluf e Tornquist (2012), no trabalho de campo a pesquisadora buscou estabelecer relações dialógicas na convivência com os pesquisados, obter o consentimento livre e esclarecido por meio do diálogo, adotar postura crítica e reflexiva em relação à pesquisa e manter um distanciamento por meio da avaliação da pesquisa pelos pares e da produção teórica e etnográfica da antropologia.

No desenvolvimento das etapas deste estudo foram observados os critérios utilizados para avaliar a qualidade científica dos estudos qualitativos etnográficos, conforme proposto por Castillo e Vásquez (2003), e incluem a credibilidade, auditabilidade ou confirmabilidade e transferibilidade ou aplicabilidade. O critério da credibilidade é atendido quando os participantes do estudo reconhecem como

verdadeiras as aproximações com o que eles pensam e sentem e as outras pessoas que estiveram em contato com a situação social estudada consideram os dados verdadeiros (CASTILLO; VÁSQUEZ, 2003). Para isso, busquei escutar os informantes e desenvolver uma relação de empatia com eles, refletir e avaliar permanentemente as descrições e os dados obtidos.

A coleta e análise das informações seguiram o padrão cíclico proposto por Spradley e McCurdy (1979, 1980), no qual os dados obtidos são repetidamente confirmados e aprofundados por outras observações e entrevistas e as hipóteses elaboradas são testadas junto aos informantes. Esse processo foi realizado de forma cíclica e contínua no desenvolvimento do trabalho.

A auditabilidade ou confirmabilidade envolve a possibilidade de outro investigador seguir os passos da pesquisa original, examinando os dados e chegando a conclusões semelhantes quando possui perspectivas similares (CASTILLO; VÁSQUEZ, 2003). Para isso, foram realizados registros detalhados no transcorrer do estudo das decisões e ideias da pesquisadora, dos informantes e dos critérios utilizados para seleção deles, dos contextos físicos, sociais e interpessoais e a gravação e transcrição exata das entrevistas.

Além disso, o processo de desenvolvimento deste projeto de tese até o seu produto final foi acompanhado pela orientadora da pesquisa. A auditoria deste estudo foi realizada, em parte, pelos membros da Banca Examinadora durante os Exames de Qualificação e Defesa da Tese e nas apresentações e discussões em reuniões dos membros do grupo de pesquisa.

A transferibilidade ou aplicabilidade é a possibilidade de estender os resultados do estudo para outras populações, sendo que o grau de transferibilidade está relacionado às similaridades dos contextos (CASTILLO; VÁSQUEZ, 2003). Para atender a esse critério, foi realizada a descrição densa do cenário, como as características das pessoas estudadas e dos eventos do cotidiano.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este item apresenta os resultados obtidos e a discussão com a literatura científica. Inicialmente, a descrição do cenário cultural, seguida dos domínios e taxonomias culturais e, por fim, o tema cultural.

### 5.1 DESCRIÇÃO DO CENÁRIO CULTURAL

No Anexo 4, observa-se o mapa das áreas de abrangência das unidades de saúde do DS Boa Vista, no município de Curitiba, Paraná. No Anexo 5, consta o mapa do DS com as áreas de risco social destacadas.

A UBS na qual foi realizado este estudo possui uma área de abrangência<sup>13</sup> de 16.440 pessoas e, desses, 1.711 são idosos, segundo registros da unidade do ano de 2012. O número de idosos longevos não consta nesses registros e segundo as informações fornecidas por uma enfermeira são, aproximadamente, 100 longevos na área de abrangência da UBS.

A UBS funciona há 20 anos e está localizada em uma rua com alguns comércios e um ponto de táxi em frente ao portão, uma escadaria com poucos degraus e uma rampa dão acesso à porta de entrada. No hall há algumas cadeiras de plástico enfileiradas e logo à frente na recepção, uma mesa com dois computadores onde normalmente ficam sentados dois auxiliares de Enfermagem. Esses, na recepção, fazem o cadastro dos usuários com registro dos dados no computador. O cadastro é feito por meio de marcação de visita do ACS à residência e após, portando os documentos, o novo usuário pode cadastrar-se na UBS.

Também na recepção, os auxiliares de Enfermagem realizam o agendamento e confirmação de consultas e exames, distribuição de senhas para o encaixe, orientações para exames e o encaminhamento para consultas ou exames especializados fora da unidade. Ao agendar consultas ou exames, uma folha é impressa contendo informações como a data, horário e orientações ao usuário.

O funcionário verifica a agenda no computador e informa a disponibilidade de vaga. Frequentemente, o atendimento para as consultas médicas demora um mês,

---

<sup>13</sup> A área de abrangência define as pessoas que **podem** cadastrar-se na UBS e utilizar os serviços, segundo o local de residência.

porém é variável. As consultas especializadas para profissionais fora da unidade são agendadas após requisição médica e demoram mais, conforme a especialidade, para ortopedia e cardiologia, por exemplo, aproximadamente um ano e meio.

Quando há alguma desistência da consulta médica no dia, são feitos encaixes, conforme a ordem de chegada das pessoas na UBS. Para conseguir o encaixe pela manhã é preciso chegar cedo para pegar a senha. A partir das 13hs inicia a distribuição de senhas para encaixe no período da tarde.

Os encaixes são uma forma encontrada para melhorar o acesso da população às consultas médicas, no entanto, ocorrem situações em que, após horas de espera, não é possível ser atendido. Desta forma, ou espera pelo agendamento ou “tenta” um encaixe. A respeito disso, observei no trabalho de campo:

Uma paciente que estava sentada no corredor passa mal, chora, cai da cadeira e uma senhora diz que ela está desde 7hs aguardando consulta. Outra diz que aguarda sem almoçar e foi comunicada que não poderia ser atendida. A paciente chorando é levada para a sala das enfermeiras. As pessoas que aguardam consulta comentam o caso: não pode, por causa de uma receita médica, ela tem criança pequena. Às vezes a pessoa tem que passar mal no corredor para conseguir a receita [registros de campo, 07/03/2013, 15hs].

A questão do acesso à saúde é parte das cenas culturais observadas no cotidiano da unidade, essa situação não é nova e tampouco exclusiva da UBS, pode ser constatada em vários contextos de atendimento à saúde da população brasileira. A respeito disso é frequente os funcionários mencionarem, aqueles que trabalham há mais tempo na atenção primária, que já foi ainda mais restrito o acesso ao atendimento.

A planta física da UBS (Anexo 6) mostra, no hall, cinco portas que dão acesso às seguintes salas: de vacinas, na qual dois auxiliares de Enfermagem atendem, na ordem das senhas numéricas retiradas ao lado da porta, principalmente, as mães que trazem crianças pequenas e seguem o calendário de vacinação do Ministério da Saúde; no consultório das enfermeiras, elas realizam atividades administrativas e consultas de Enfermagem e dispõem de computador com acesso ao prontuário eletrônico, maca, armário com materiais, pia e lixeiras; de inalação, onde estão os equipamentos e materiais necessários para o procedimento; dos programados, atende os cadastrados nos programas e são verificadas a pressão arterial e a glicemia, quando o usuário solicita ou quando vão para a consulta médica; e a pré-

consulta de pediatria, onde as crianças são examinadas pelo auxiliar de Enfermagem. Os auxiliares de Enfermagem fazem rodízio mensal, determinado pela enfermeira, na escala das atividades de recepção, vacina, farmácia, pediatria e programados.

Do hall segue um corredor com seis portas que normalmente ficam fechadas, sendo uma sala para curativos e coleta de sangue e cinco consultórios médicos no lado direito e no esquerdo, duas portas dão acesso a consultórios odontológicos. Há cadeiras plásticas enfileiradas dos dois lados deste corredor, deixando espaço para as portas, onde os usuários são orientados a aguardar para serem chamados pelo nome próximo ao consultório onde serão atendidos.

Os murais do corredor da UBS veiculam informações a respeito de serviços, como agendamento de consultas por telefone, reuniões de grupos como de nutrição e de apoio a dependentes químicos e familiares, anti-tabagismo, alcoólicos anônimos e para situações de ansiedade, estresse e crise familiar; e também, atividades físicas semanais, oficina de artesanato, orientações de saúde para prevenção de quedas, alimentação saudável, campanhas de vacinação e eventos na comunidade, como bazar, entre outras.

O segundo corredor é mais estreito e há cadeiras somente de um lado, é onde fica um consultório odontológico e outro médico, um banheiro feminino e um masculino para os usuários e a farmácia. Na farmácia, a dispensação dos medicamentos é feita pelos auxiliares de Enfermagem mediante atendimento por senhas e com a receita médica. A respeito disso, há um aviso na parede: “não fornecemos medicamentos sem receita. Por favor, não insista”.

Os medicamentos estão nas prateleiras organizados por nome, e o controle dos fornecidos é feito no computador. O usuário entrega a receita, a funcionária pega os medicamentos e coloca em uma bandeja, depois registra no computador e os entrega em uma sacola junto com a receita. É comum outra pessoa buscar para alguém da família. Para os psicotrópicos solicita-se apresentar documento de identificação da pessoa que retira.

Todo o dia 10 do mês chegam os medicamentos na UBS. Em uma ocasião observei um caminhão estacionar na porta lateral para entrega do pedido de materiais e dos medicamentos. Descarregaram caixas de vários tipos de medicamentos, os quais foram conferidos e estocados pelos auxiliares de Enfermagem e a funcionária da administração. Entre a variedade de materiais de



uso na UBS, estavam suplementos alimentares, gaze, luvas de látex, fita para teste de glicemia, esparadrapo, agulhas, antisséptico, embalagem para coleta de exames, caixa para materiais pérfuro-cortante, lençol de papel, entre outros. Entretanto, também se constatou durante o trabalho de campo a falta de materiais e de medicamentos para atender todas as solicitações e necessidades.

Adiante, há um espaço mais ocupado pelos funcionários da UBS e uma porta externa lateral. Ali ficam as salas para preparo de material e esterilização, administração, gerência local, almoxarifado, banheiro feminino e masculino para os funcionários, lavanderia, cozinha e copa.

Na UBS são atendidas pessoas de todas as faixas etárias, e o atendimento aos idosos com 80 anos ou mais é parte da rotina dessa unidade. Não há um programa de saúde específico voltado às pessoas idosas e essas entram em programas como dos hipertensos, diabéticos, saúde mental, saúde da mulher ou nenhum. Além dos longevos, são realizados atendimentos à saúde da criança, adolescentes, adultos, gestantes e recém-nascidos.

O sistema de prontuário eletrônico contém a listagem dos usuários por programa e informações como a microárea e nome do ACS, classificação (de baixo, médio, alto e muito alto risco), nome do usuário, data de nascimento, sexo, endereço, situação (ativo ou inativo quando permanece mais de seis meses sem ser atendido), entre outras. Entretanto, não fornece informações como o número total de diabéticos cadastrados na UBS e não há classificação por faixa etária.

As ações dos profissionais na UBS são baseadas no cumprimento de metas. A cada início do ano é calculado a pactuação, de acordo com a população usuária da UBS e definido o Plano Operativo Anual (POA). Entretanto, essas metas não contemplam as ações que os profissionais realizam, por exemplo, para promoção da saúde, saúde mental e do idoso.

No período da realização do estudo, a UBS estava passando por uma mudança no modelo de atenção à saúde com a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF). No início, ainda estava incerto quais funcionários iriam permanecer na unidade, apenas sabiam que entraria uma equipe nova para atuar na ESF, o que causava sentimentos de incerteza e insegurança quanto ao que aconteceria com os profissionais atuais. Ao longo dos meses, as três enfermeiras e cinco auxiliares foram desvinculados da UBS e transferidos para outras unidades.

Desta forma, a UBS passou a ser uma unidade de saúde mista (básica e ESF) e ampliou o horário de funcionamento (das 7hs:30min às 19hs:30min para 7hs às 22hs). Com a implantação da ESF ocorreram mudanças na unidade de saúde e iniciaram a atuação cinco equipes compostas por médico, enfermeira, auxiliar de Enfermagem e ACS, com horários específicos. No total, passaram a atuar na unidade, cinco médicos, cinco enfermeiras, 20 auxiliares de Enfermagem e 8 ACS.

A transição causou uma descontinuidade no atendimento para aqueles que já estavam fazendo acompanhamento, pois além das enfermeiras e auxiliares, alguns médicos também deixaram de atuar na unidade. Houve um período em que a marcação de consultas foi suspensa, porque as agendas estavam lotadas e estava indefinido quais permaneceriam e quais abririam novas agendas. Tendo em vista que são profissionais que atuavam há tempo na unidade e eram conhecidos pelos usuários, causou dúvidas e reclamações, embora os profissionais procuravam explicar aos usuários que haveria uma melhoria na unidade.

O atendimento passou a ser por microárea, sendo que cada equipe é responsável por uma dessas e atende todas as pessoas residentes no local. Não há mais as consultas por especialidades, como pediatria e ginecologia, apenas as realizadas por médicos da família que são generalistas. Pelo endereço do usuário identifica-se o médico para marcar a consulta, todas as pessoas da família consultam com o mesmo e ele vai acompanhar a família. Essa mudança no atendimento gerou alguns descontentamentos, como uma paciente que não queria consultar com o ginecologista e a profissional de Enfermagem procurava explicar.

Além disso, passou a ser efetuada pela auxiliar de Enfermagem a triagem dos usuários para serem atendidos no dia. Se há vaga, agenda com o médico, se não, agenda com a enfermeira. Há casos em que os usuários são orientados a procurar o pronto-atendimento 24hs. A profissional de Enfermagem explica que a unidade está atendendo para fazer tratamentos e acompanhamentos, se passou mal no dia é para ir ao 24hs.

Em meio a essas mudanças e a implantação do ESF na UBS, no dia 13 de junho ocorreu a Conferência Local de Saúde no espaço de uma escola municipal próxima da unidade. Fui convidada e participei como ouvinte com a intenção de apreender aspectos do cenário cultural. Participaram os profissionais da unidade de saúde, assim como pessoas da comunidade, representantes de entidades e do conselho local de saúde. O representante político destacou a importância do vínculo

entre os profissionais e os usuários para o cuidado e a meta de 560 equipes de Saúde da Família na cidade de Curitiba. Também referiu a lotação das Unidades de Pronto-Atendimento e a necessidade em melhorar a atenção básica e a especializada.

O presidente do Conselho Local de Saúde apresentou o relatório de atividades do conselho e a função propositiva e controladora do conselho prevista na Lei nº 8.142 (BRASIL, 1990) e considera que as saídas para a saúde no país são mais eficiência, dinheiro e honestidade. Em seguida, ocorreu uma palestra com um médico especialista em saúde da família e comunidade, o qual abordou temática referente aos modos de como ampliar o acesso na atenção primária.

Foi realizada uma discussão em três grupos para elaborar e votar as propostas para a conferência distrital no mês de agosto, da qual saíram propostas para a conferência municipal de saúde no mês de novembro. As pessoas que poderiam votar usavam um crachá colorido e realizaram inscrição previamente, diferente dos demais cujos crachás eram brancos. Foram aprovadas a implementação de 100% dos servidores ESF, formação continuada dos profissionais, diminuir o tempo de espera para consultas especializadas, sensibilização e divulgação da ESF para a comunidade.

## 5.2 DOMÍNIOS E TAXONOMIAS CULTURAIS

Dos dados etnográficos emergiram oito domínios e taxonomias culturais, com base em quatro relações semânticas que mostraram as razões para cuidar da saúde dos idosos longevos; atributos do cuidado à saúde dos idosos longevos; o que utilizam para o cuidado à saúde dos idosos longevos; e as maneiras de cuidar, na perspectiva dos profissionais de Enfermagem e dos longevos. O panorama dos domínios e taxonomias culturais dos significados do cuidado à saúde dos idosos longevos no cenário da UBS consta no Quadro 6 e após, são apresentados.

Relações semânticas	Profissionais de Enfermagem	Idosos Longevos
Racional <u>X é uma razão para fazer Y</u>	<u>Domínio e Taxonomia Cultural 1</u> Velhice e vulnerabilidade: razões para cuidar da saúde dos idosos longevos	<u>Domínio e Taxonomia Cultural 2</u> “Porque estamos com mais idade”: razões para cuidar da saúde dos idosos longevos
Atributo <u>X é um atributo de Y</u>	<u>Domínio e Taxonomia Cultural 3</u> Déficit de atendimento adequado: atributos do cuidado à saúde dos idosos longevos	<u>Domínio e Taxonomia Cultural 4</u> “Ser bem atendido” e mais ajuda em casa: atributos do cuidado à saúde dos idosos longevos
Função <u>X é utilizado para Y</u>	<u>Domínio e Taxonomia Cultural 5</u> Responsabilidade familiar e orientações são utilizados para o cuidado aos idosos longevos	<u>Domínio e Taxonomia Cultural 6</u> Serviços de saúde e práticas que fazem bem são utilizados no cuidado à saúde pelos idosos longevos
Meio-fim <u>X é uma maneira de fazer Y</u>	<u>Domínio e Taxonomia Cultural 7</u> Esperança e possibilidades: maneiras de cuidar da saúde dos idosos longevos	<u>Domínio e Taxonomia Cultural 8</u> “O idoso mesmo se cuida”: maneiras de cuidar da saúde dos idosos longevos

QUADRO 6 – DOMÍNIOS E TAXONOMIAS CULTURAIS DOS SIGNIFICADOS DO CUIDADO À SAÚDE DOS IDOSOS LONGEVOS EM UMA UBS, ATRIBUÍDOS PELOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM E PELOS IDOSOS LONGEVOS. CURITIBA, 2013

FONTE: O autor (2013)

### 5.2.1 Domínio e Taxonomia Cultural 1 – Velhice e vulnerabilidade: razões para cuidar da saúde dos idosos longevos, segundo os profissionais de Enfermagem

Os termos incluídos dos discursos dos profissionais de Enfermagem que mostraram as razões para cuidar da saúde dos idosos longevos constam no Quadro 7 e a seguir, no Quadro 8, a respectiva taxonomia.

Termos incluídos	Relação semântica	Termo coberto
Idade avançada Negligência familiar Doenças crônicas Dependência Objetivo que ele procura a US	é uma razão para	cuidar da saúde dos idosos longevos

QUADRO 7 - DOMÍNIO CULTURAL 1 – VELHICE E VULNERABILIDADE: RAZÕES PARA CUIDAR DA SAÚDE DOS IDOSOS LONGEVOS, SEGUNDO OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM. CURITIBA, 2013

FONTE: O autor (2013)

Idade avançada	<ul style="list-style-type: none"> <li>- não conseguem se defender</li> <li>- são mais frágeis</li> <li>- acompanhamento</li> <li>- programa específico</li> </ul>
Negligência familiar	<ul style="list-style-type: none"> <li>- violência</li> <li>- abandono</li> <li>- situações não resolvidas</li> </ul>
Doenças crônicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- hipertensão</li> <li>- diabetes</li> <li>- câncer</li> <li>- depressão</li> <li>- demências</li> </ul>
Dependência	<ul style="list-style-type: none"> <li>- cuidados mais intensos</li> <li>- visitas frequentes</li> <li>- cuidador</li> </ul>
Objetivo que ele procura a UBS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- conversar</li> <li>- verificar pressão ou glicemia</li> <li>- pegar medicação</li> <li>- consulta médica</li> <li>- queixa</li> </ul>

QUADRO 8 - TAXONOMIA 1 – VELHICE E VULNERABILIDADE: RAZÕES PARA CUIDAR DA SAÚDE DOS IDOSOS LONGEVOS, SEGUNDO OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM. CURITIBA, 2013

FONTE: O autor (2013)

A idade avançada manifesta nos profissionais de Enfermagem intenções de incluir os longevos em programas na unidade de saúde para realizar acompanhamento. Sugerem um programa específico para este segmento etário. A razão disso é que consideram esta faixa etária mais propensa a apresentar problemas de saúde ou ser vítima de violência na comunidade.

*Acho que pela idade deveria ser incluído no programa, não só por ser hipertenso ou diabético, alguns não são, então fazendo esse acompanhamento a cada três meses, mesmo sem ter nenhuma patologia, só pela idade mesmo. Só que deveria ter um acompanhamento com psicólogo também, para conversar, para ver o que está precisando, se tem alguma dificuldade. (AE 5)*

*Muitos desses idosos ficam em casa, alguns acima de 80 que vêm para a unidade de saúde, mas eles são tratados dentro do programa de hipertensos, não específico para a idade deles. No meu ponto de vista, como são longevos, o cuidado seria um programa especial para esse tipo de idade. (AE 7)*

*Precisava ter um programa específico para essa faixa etária. Apesar da nossa demanda de idosos longevos não ser tão grande, porque a maioria dos idosos que nós temos é abaixo de 80, mas deveria ter um programa mais específico para essa idade. Porque a gente já teve casos da enfermeira ir à casa do paciente visitar e ele é maltratado e isso é comum, pelo fato de ele ter muita idade e não consegue se defender, a família cuida*

*de qualquer jeito. Então de repente ter esse cuidado mais próximo com essas pessoas. (AE 1)*

*Tem muita negligência familiar com o idoso, longo tempo principalmente, porque são mais frágeis. Você notifica a questão da negligência, da violência verbal, vários tipos de violência, só que não tem o que fazer com esse idoso. (E 2)*

Deste modo, os profissionais de Enfermagem mostram o reconhecimento e a preocupação com a vulnerabilidade social dos idosos longevos nos casos de maus-tratos, negligência e violência com as pessoas de idade mais avançada e a vulnerabilidade física, quando referem as doenças crônicas. Para os profissionais de Enfermagem, o reconhecimento da vulnerabilidade física e social dos idosos longevos é razão para cuidar da saúde deles.

O ser humano está constantemente ameaçado por elementos próprios e alheios, como pela enfermidade, a velhice e o abandono. O profissional de Enfermagem tem como motivação fundamental, o cuidado de sujeitos vulneráveis que sofrem, e a disposição para cuidar provém do desenvolvimento da profissão. A consciência da vulnerabilidade do outro e da própria são necessárias para o cuidado e “somente quem é consciente da vulnerabilidade de seu próximo pode cuidá-lo” (ROSELLÓ, 2009, p. 132).

*Teve casos em que a gente foi visitar e estavam sozinhos, sem água, sem alimento, com fralda suja, abandonado completamente. É uma coisa triste. Hoje em dia as pessoas estão deixando de lado os idosos, não tem aquele cuidado como antigamente. Por exemplo, com meus avós, tínhamos um cuidado com eles, um carinho grande, era nosso espelho. Hoje em dia a gente vê as pessoas, os valores estão muito por baixo. Depende da família, tem uns que cuidam e outros que não estão nem aí. O idoso hoje em dia é um empecilho para as pessoas, ocupa espaço, dá despesa, então as pessoas não querem esse compromisso. Tem pessoas que abandonam nos hospitais, deixam lá. Eu trabalhava em um setor de cuidados intensivos e ali era depósito de idosos. Os familiares queriam viajar e deixavam internados lá e eles ficavam dois, três meses, abandonados. As visitas eram só de vez em quando. Tanto que a gente tinha que falar para a enfermeira ligar para os familiares virem ver ele, porque o médico dava alta e eles não iam procurar. Então o que acontecia, por mais que a gente cuide dos doentes, formava escaras, aquelas úlceras por pressão, procurava movimentar, passava óleo hidratante, mas a pele abria do mesmo jeito. Então a pessoa ficava debilitada, por ser em um lugar fechado, começa a ter micróbios, o organismo fica com outras coisas que não deveria ter. (AE 2)*

*Os casos são acompanhados pelo ministério público, mas é difícil ver uma melhoria, que traga algum benefício, fica sempre nisso. Vem a carta do ministério público, a gente vai fazer visita, notifica a situação de vida e a condição de saúde dele, devolve, daqui três meses vem a carta de novo e parece que chove no molhado. Você vai, faz uma visita e fica tudo na mesma, tudo igual. (E 2)*

Entretanto, o modelo biomédico é voltado apenas para as questões biológicas e não oferece suporte aos profissionais de Enfermagem para atuar de forma incisiva sobre essa vulnerabilidade. Na prática faltam estratégias adequadas e instrumentos próprios, pois os instrumentos do modelo utilizado não se adéquam às peculiaridades da vulnerabilidade. Há casos de negligência familiar que ocorrem na comunidade estudada e alguns são conhecidos pelos profissionais, entretanto, também referem como casos complicados e difícil resolução.

Entre as razões para cuidar da saúde dos idosos longevos, segundo os profissionais de Enfermagem, também estão as doenças crônicas, principalmente hipertensão e diabetes, para as quais existem ações específicas de cuidado.

*Os cuidados com eles são os mesmos com aqueles que já têm doenças crônicas, principalmente hipertensão e diabetes. Porque eles têm os cuidados com a alimentação, com a medicação, a visita periódica tanto com o médico como com o enfermeiro para orientar e ver como estão os controles deles. (E 3)*

*O pé diabético tem que cuidar bastante. Esse senhor tinha o pé diabético e um tumor de pele também no pé, então vivia descamando. A gente via que ele não cuidava, era orientado, mas quando tinha o grupo ele não vinha. Ele pegava a medicação, fazia o dextro, mas não era um paciente que quando tinha grupo ele vinha. Ele levava uma sacolada de medicamentos, todo o mês. (AE 5)*

De acordo com Kleinman (1980), os biomédicos são formados para reconhecer as doenças e tratá-las e, embora muitas vezes não curem, não são preparados para cuidar. No cuidado à saúde dos idosos longevos embasado no modelo biomédico, as ações realizadas pelos profissionais de Enfermagem são focadas nos processos biológicos.

Até o início do século XX, a construção dos saberes na área da Enfermagem não era voltada para o cuidado, mas para a execução de tarefas. Por muito tempo a formação do enfermeiro tem sido caracterizada pela fragmentação, ênfase na técnica, centrada na perspectiva de cura do indivíduo e pelos saberes embasados na racionalidade moderna. Um grande avanço ocorreu a partir do ano 1994, ao procurar reconhecer as demandas da comunidade e valorizar a dimensão social. Atualmente, as diretrizes curriculares nacionais propõem uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva e se encontra em processo de transformação (RENOVATO *et al.*, 2009).

As diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação na área da saúde são orientações a serem adotadas pelas instituições de ensino superior para elaboração dos currículos. Essas diretrizes têm a perspectiva de assegurar a flexibilidade e a diversidade da formação, com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde (BRASIL, 2001).

As doenças crônicas que acometem as pessoas idosas, como as demências e a depressão, são preocupação dos profissionais de Enfermagem. A fragmentação do mental e do físico é utilizada para explicar essas doenças que acometem os idosos longevos, entretanto, utiliza também explicações fundamentadas no aprendizado das experiências cotidianas para a integração entre essas partes.

*Aprendi muito aqui, no aprendizado que a gente tem na convivência com as pessoas. Aprendi que a saúde mental às vezes é até mais importante que a física. O corpo pode estar perfeito, mas se você não está bem mentalmente, não vai conseguir aproveitar, fazer coisas sozinho, tomar um banho sozinho e acontecem muitas doenças mentais. O corpo vai se desgastando, e se a parte mental não está bem, começa a dar alguma doença, prejudica mais ainda. Mas se a pessoa está bem mentalmente, as questões físicas ela vai levando, toma insulina, até faz uma atividade, uma caminhada. Existem idosos que estão bem fisicamente, não tomam nenhuma medicação, mas não conseguem andar sozinhos. Conheço pessoas que não conseguem andar sozinhas, não conseguem assinar nada. Então a parte mental é muito importante, não só para os idosos, para todo mundo. A gente percebe que os idosos quando não têm nenhum problema mental, conseguem ter uma vida mais longa. E às vezes, estão com depressão e começa a aparecer dor aqui e ali e aumentar muito a diabetes e a pressão. E vai aparecendo no físico também a parte mental. (AE 5)*

Em decorrência das comorbidades, os profissionais de Enfermagem, muitas vezes, relacionam a condição de dependência aos idosos longevos. Em alguns desses casos, os profissionais visitam os idosos e desenvolvem cuidados no domicílio, como os curativos.

*O que acontece é que são idosos com mais comorbidades e que acabam ficando acamados mais facilmente que os outros. Então quando esses idosos ficam acamados a gente acompanha no domicílio, faz visita domiciliar para tratamento de feridas, para acompanhamento mesmo dos cuidados que eles precisam de acordo com o agravo, a patologia. (E 2)*

*Em alguns casos vai até a casa, faz visita, quando é paciente acamado, por exemplo. Paciente com sequelas de AVC [Acidente Vascular Cerebral], que tem dificuldade para se locomover e a família não consegue trazer porque ele é muito pesado, nesses casos, a enfermeira vai a casa fazer o curativo. (AE 3)*

*Existem muitas situações de idosos acamados e inclusive, existe um cuidado dos profissionais aqui do posto um pouco mais intenso, eles ficam*



*visitando e fazendo troca de curativos. Quando eles ficam acamados é uma situação bem crítica. (E 1)*

Uma informante mencionou o exemplo da avó longeva para explicar a condição de dependência e os cuidados que ela considera essencial.

*Em casa, depende do idoso, eu vejo pela minha avó, agora ela está dependendo de tudo, tem 89. Para dar banho, levar no médico, sempre tem que ter alguém, para dar o remédio. Ela mora sozinha, mas a minha tia mora nos fundos e sempre está com ela. Nessa faixa etária, seria o cuidado com os medicamentos que precisa tomar, não deixar sair sozinho, levar no médico. (AE 6)*

O atendimento do objetivo que levou os longevos a procurar a unidade de saúde foi interpretado como razão para cuidar da saúde deles, na perspectiva dos profissionais de Enfermagem. Entre os objetivos, estão as consultas médicas e a aferição da pressão arterial e da glicemia sanguínea. Essa, algumas vezes, é motivo para ir à unidade de saúde para conversar com os profissionais.

*O cuidado vai ser em cima da queixa que ele tem, ou do objetivo que ele quer. Depende do que ele vem em busca, do objetivo pelo qual ele vem procurar a unidade. Cada idoso vem por um motivo específico. Se ele vem marcar uma consulta, a gente vai marcar a consulta. Se ele veio para verificar a pressão ou um diabetes, é uma questão que a gente consegue resolver, porque tem o aparelho para verificar a pressão e a glicemia. Se ele veio para uma consulta médica de emergência, a gente sempre solicita ao médico para dar uma olhada, mesmo se não tem encaixe, o médico está lá e olha. Se der para resolver o problema dele aqui na unidade a gente resolve, senão a gente encaminha para o 24hs ou no caso a família, ou chama a ambulância para levar. (AE 1)*

*Eles não tomam a medicação direito, são portadores de comorbidades, principalmente diabetes e a pressão alta e estão sempre aqui no posto porque a glicemia está aumentada, a pressão está aumentada. (E 2)*

*Tem alguns que só vêm, pegam o medicamento e vão embora, não criam este vínculo. E alguns gostam de vir aqui. Tem uns que dizem: só vim aqui para ver vocês, vim verificar a pressão só para conversar com vocês. Então faz bem para eles isso. (AE 5)*

*Eles acabam procurando a unidade às vezes por carência, nem pelo problema de saúde que ele tem. Então ele vem dizendo que quer verificar a pressão e que a pressão dele está alta, mas é só para vir e ter um motivo para conversar. (E 3)*

A cultura profissional é centrada nas doenças, no atendimento das queixas e estabelecimento de condutas. Todavia, uma enfermeira criticou o atendimento somente embasado nas queixas, pois esse não considera a integralidade do ser humano e do cuidado.

*Culturalmente o profissional da saúde é formado para atender queixas. Tanto o enfermeiro, quanto o auxiliar, quanto o médico, isso é um perfil geral de todas as unidades de saúde, não estão muito acostumados a ver a integralidade do cuidado, fazer uma avaliação mais geral, um atendimento mais humanizado, mais adequado. Atende a queixa. Se a gestante veio aqui e quer se cadastrar no pré-natal, você a atende. O idoso vem aqui está com dor de cabeça, eu vou passar ele com o médico, mas não paro para chamar esse idoso, ver se ele tem diabetes, avaliar o pé, orientar sobre tudo. Atende a queixa. É o modelo biomédico, infelizmente é isso. O idoso não requer um atendimento de queixas, ele requer um cuidado integral. Isso na verdade, o cuidado integral tem que ser para todo mundo, tem que humanizar. Eu acho que isso vai muitos anos para mudar, porque está muito enraizado. (E 2)*

Na literatura também se constata que a prática clínica da Enfermagem tem conservado a objetificação da doença e do sujeito que adoece e a perspectiva da doença apenas no aspecto biológico. Entretanto, a palavra clínica é polissêmica e expressa possibilidades de cuidado pautado no saber biomédico. As autoras consideram necessário reconstruir as relações de cuidado também no espaço da formação para reconstruir a prática clínica e ampliar o protagonismo dos sujeitos (VIEIRA, SILVEIRA, FRANCO; 2011).

A integralidade de assistência, como princípio do SUS, pode ser compreendida sob dois aspectos e o primeiro se refere a um conjunto contínuo e articulado de ações e serviços, nos níveis primário, secundário e terciário de complexidade, nos quais o usuário deve encontrar atendimento. O segundo aspecto está associado à saúde como um fenômeno complexo, no qual a intersetorialidade constitui estratégia que busca abarcá-lo em suas variadas dimensões (NORONHA, LIMA, MACHADO, 2011).

Considera-se, portanto a cultura, como uma dessas dimensões que compõem a saúde em integração com outras, como um elemento transversal afetando todas essas. Por isso, para abarcar a integralidade também requer conhecer e valorizar as práticas culturais das pessoas idosas que buscam os serviços primários de saúde. Conforme Ceolin *et al.* (2011), para alcançar a almejada integralidade, o enfermeiro pode construir novas práticas nos serviços de saúde, porém requer abarcar os conhecimentos advindos do saber popular.

Entre as razões para cuidar da saúde dos idosos longevos, segundo os profissionais de Enfermagem, foi observado o predomínio dos saberes biomédicos, o cuidado centrado nas doenças, a velhice ligada à dependência, fragmentação do ser humano, o atendimento voltado às queixas e a integralidade do cuidado como

desafio. Os saberes populares foram utilizados para complementar as explicações científicas e emergiram ao referirem o cuidado na própria família e as experiências de vida como aprendizado para o cuidado.

### 5.2.2 Domínio e Taxonomia Cultural 2 – “Porque estamos com mais idade”: razões para cuidar da saúde para os idosos longevos

As razões que os idosos longevos expressaram para cuidar da saúde são apresentadas nos Quadros 9 e 10.

Termos incluídos	Relação semântica	Termo coberto
Idade Doenças Manter a vida	é uma razão para	cuidar da saúde para os idosos longevos

QUADRO 9 - DOMÍNIO CULTURAL 2 – “PORQUE ESTAMOS COM MAIS IDADE”: RAZÕES PARA CUIDAR DA SAÚDE, SEGUNDO OS IDOSOS LONGEVOS. CURITIBA, 2013  
FONTE: O autor (2013)

Idade	<ul style="list-style-type: none"> <li>- esquece das coisas</li> <li>- surdez</li> <li>- dores</li> <li>- ossos fracos</li> <li>- demora mais para sarar</li> </ul>
Doenças	<ul style="list-style-type: none"> <li>- em casa não adiantou</li> <li>- diabetes</li> <li>- hipertensão</li> <li>- respiratórias</li> </ul>
Manter a vida	<ul style="list-style-type: none"> <li>- a vida é valiosa</li> <li>- evitar as doenças</li> </ul>

QUADRO 10 - TAXONOMIA 2 – “PORQUE ESTAMOS COM MAIS IDADE”: RAZÕES PARA CUIDAR DA SAÚDE, SEGUNDO OS IDOSOS LONGEVOS. CURITIBA, 2013  
FONTE: O autor (2013)

Os longevos relacionaram à idade algumas limitações que requerem cuidados. Entre essas, os informantes-chaves referiram: esquecer das coisas, surdez, dores, ossos fracos e a recuperação mais lenta.

*Quero melhorar, porque alguma coisinha a gente tem, pela idade, esquece às vezes das coisas, mas procuro consertar. Porque idosos sempre tem alguma coisinha, não tem dizer eu sou o tal, que mentira, tem alguma coisa, aparece por causa da idade. Porque já não funciona direito como a pessoa nova, então aparece. (Idoso Longevo 3, 88 anos)*

*Para mim o maior problema é resfriado. Então a idade avança e ataca dor nas pernas, ataca uma gripinha. A gente já é meio surdo pela idade, daí com resfriado ajuda também. (Idoso Longevo 4, 84 anos)*

*Chegando nessa idade, nossos ossos já estão fracos, então a gente tem que tomar muito cuidado no andar, no correr, no subir escadas, não ser precipitada, sair correndo para abrir uma porta. Na nossa velhice é muito importante, porque se a gente tomar o máximo de cuidado, jamais irá acontecer, só se for por uma fatalidade. (Idosa Longeva 2, 82 anos)*

*Porque estamos com mais idade, se levar queda e fizer fratura, é difícil, principalmente que nem eu agora, estou com diabetes e o diabetes se a pessoa fizer uma fratura demora mais para sarar e o osso, às vezes, não cola, dependendo do lugar. Então, tudo isso é um cuidado que a pessoa tem que ter. (Idoso Longevo 5, 82 anos)*

O ser humano é vulnerável em todas as dimensões como a física, psicológica, social, cultural, espiritual, e essa pode se manifestar de forma real ou potencial (ROSELLÓ, 2009). Para esses longevos, a vulnerabilidade se manifesta de forma real e destacaram a vulnerabilidade física.

O cuidado é necessário em condições de doenças, como hipertensão, diabetes e problemas respiratórios, segundo os longevos. Em decorrência de doenças, realizam ações de cuidado em casa ou procuram o serviço de saúde. Conforme mencionou um longofo que não resolveu o problema em casa:

*Fiz em casa, mas não adiantou, não resolveu, daí vim aqui. Eu tinha um negócio no pulmão e a doutora mandou fazer essa inalação e comprar um remédio. Eu já comprei, estou usando e sentindo uma melhora e amanhã ainda vou fazer a inalação. Era dor, tosse seca e ela disse que tinha um probleminha no pulmão, porque quando eu respirava fazia um chio. (Idoso Longevo 1, 87 anos)*

*A pessoa está com problemas, como no meu caso, por exemplo, o médico me examinou, deu o diagnóstico do que estou sentindo e me deu os cuidados que tenho que ter. Se eu não cuidar do que o médico falou, vou piorar minha saúde. Então a gente tem que cuidar daquilo ali. O cuidado é você fazer o que o médico te falou. O médico falou para não comer feijão, batata e nem cenoura, berinjela e beterraba nem falar. Então você tem que cuidar, daqui por diante, comer arroz, tomate e alface. Não pode comer pão, não pode comer massa, não pode comer berinjela, não pode comer cenoura, batata de espécie alguma, tomar café só com adoçante. Então se eu não fizer, não estou cuidando da minha saúde. Porque o médico fica anos estudando o organismo da gente, então quando ele passa um diagnóstico é porque ele sabe que aquilo não faz bem. Tem que ser assim, tem que tomar os remédios e não fazer extravagância. (Idoso Longevo 5, 82 anos)*

O cuidado ligado à velhice e à doença também pode ser observado no discurso abaixo de uma longeva.

*Lá em casa me dizem sempre que não é para subir em árvore, porque subo nas árvores até hoje, e escada eu vou e acabou e não tenho nada de doença e vejo os velhos por lá não têm. Olha não faz isso, olha não faz aquilo, deixa de ser bobo que não tenho nada. Ainda lavo o beiral da casa, por fora de escada, quando a filha não está em casa, porque ela não quer nem que eu faça, mas eu faço. É porque tu cai, fica tonta. Será possível que eu vou cair? Tem tantas coisas que dizem: ah, porque tu morres. Morre quando dá para morrer, acho que não. Mas eu não sei, nunca cuidei de velho, nunca cuidei de doente. Ali onde moro não existe, não tem velho. Nunca vi doente, a única que foi minha irmã, já tinha câncer, mais nova do que eu. (Idosa Longeva 1, 82 anos)*

O modelo biomédico está estreitamente ligado à cultura ocidental, é orientado para as doenças e essa orientação é incorporada pelos setores populares (KLEINMAN, 1980). Conforme Silva *et al.* (2013) também observaram em pesquisa qualitativa realizada com hipertensos em acompanhamento por equipes de saúde da família, as práticas de vida dos sujeitos voltadas para a saúde, doença e o cuidado são embasadas em informações científicas interpretadas pelo saber popular.

A manutenção da vida é uma razão para os idosos longevos cuidarem da saúde. Destaca-se no discurso de uma longeva a alegria de viver e ela referiu que a vida é muito valiosa, por isso, cuida da saúde. Conforme também mencionou um longevo que faz o possível pela saúde para evitar as doenças.

*Me preocupo muito com a minha saúde. Porque eu amo a vida, então pretendo viver com saúde, para ter disposição, o carinho, o amor, ver todas coisas lindas que o mundo oferece para nós, ver esse céu lindo, ver as pessoas de bom-humor. Tem pessoas que amam a vida também como eu, cuida muito bem da saúde. Ainda pretendo viver feliz, alegre, gosto de tudo que é bom, as flores, os pássaros, os rios...! Na minha juventude, fui muito assim romântica, então ainda tenho esse sonho comigo. A vida para mim é tudo, é muito valiosa, vale mais do que tudo neste mundo, a vida que Deus nos deu. Cuido da minha saúde, me reservo bem, não abuso de nada, gosto de andar, caminhar, conversar. Sinto como se fosse uma jovem, sou feliz assim, muito feliz, tudo para mim está bom, nada ruim. Eu penso deste modo, e gostaria que Deus me deixasse aqui por mais uns anos, para aproveitar mais essa alegria de viver. (Idosa Longeva 2, 82 anos)*

*Eu faço o possível, tudo de bom para a minha saúde eu faço. Mas tem muitas coisas aí que a gente não faz, procura mesmo a doença com a mão da gente. Quando não faz o regime certo que tem que fazer, então está procurando a doença. (Idoso Longevo 2, 81 anos)*

Todos os seres humanos são vulneráveis e a consciência disso os leva a pensar e buscar formas para combatê-la ou negá-la (ROSELLÓ, 2009). Para combater a própria vulnerabilidade, os idosos longevos reproduzem os saberes biomédicos nos cuidados à saúde e assumem a responsabilidade pelas doenças.

Esta reprodução também foi observada entre idosos da comunidade em Bambuí (MG), os quais relacionaram a velhice às doenças e incapacidades e assumiram a ideia de doença autoinfligida, resultante de abusos físicos, como se a doença fosse escolha deliberada deles (MORAES, 2012).

Entre as razões para cuidar da saúde, os idosos longevos destacaram a idade avançada, as doenças e a manutenção da vida. Destacaram a percepção da própria vulnerabilidade física e reproduzem os saberes biomédicos, de forma semelhante aos profissionais de Enfermagem. Os discursos deles mostraram que ao avanço da idade são atribuídas doenças, limitações na vida diária e problemas de saúde, para os quais realizam cuidados. O cuidado também foi explicitado pelos idosos longevos como forma de manter a vida na velhice. Enquanto os profissionais de Enfermagem percebem a vulnerabilidade do outro, os idosos longevos percebem a própria vulnerabilidade como razões para cuidar da saúde.

### 5.2.3 Domínio e Taxonomia Cultural 3 – Déficit de atendimento adequado: atributos do cuidado à saúde dos idosos longevos, segundo os profissionais de Enfermagem

No Quadro 11, são listados os termos incluídos que expressam os atributos do cuidado à saúde dos idosos longevos pelos profissionais de Enfermagem e no Quadro 12, a taxonomia cultural.

<b>Termos incluídos</b>	<b>Relação semântica</b>	<b>Termo coberto</b>
Não tem nada específico na unidade Eles não vão para a unidade Não tem uma estrutura adequada Exige preparo	é um atributo do	cuidado à saúde dos idosos longevos

QUADRO 11 - DOMÍNIO CULTURAL 3 – DÉFICIT DE ATENDIMENTO ADEQUADO: ATRIBUTOS DO CUIDADO À SAÚDE DOS IDOSOS LONGEVOS, SEGUNDO OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM. CURITIBA, 2013  
FONTE: O autor (2013)

Não tem nada específico na unidade de saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>- programa de hipertensos, diabéticos</li> <li>- passeios</li> <li>- preferência no atendimento</li> </ul>
Eles não vão para a unidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>- limitações para locomoção</li> <li>- dificuldades para transporte</li> <li>- atendimento no domicílio</li> </ul>
Não tem uma estrutura adequada	<ul style="list-style-type: none"> <li>- recursos humanos</li> <li>- materiais</li> <li>- domicílios bem precários</li> </ul>
Exige preparo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- cursos</li> <li>- palestras</li> <li>- treinamentos</li> </ul>

QUADRO 12 - TAXONOMIA 3 - DÉFICIT DE ATENDIMENTO ADEQUADO: ATRIBUTOS DO CUIDADO À SAÚDE DOS IDOSOS LONGEVOS, SEGUNDO OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM. CURITIBA, 2013  
FONTE: O autor (2013)

Na UBS não existe um programa para desenvolver ações específicas para os longevos. O atendimento aos longevos é realizado da mesma forma que os idosos em geral, conforme explicaram os informantes:

*Especificamente para o idoso longo não tem nada diferente na unidade. Eles entram no programa do hipertenso, do diabético, nesse rol de atividades para os idosos, mas nada específico. (E 2)*

*Aqui na unidade ainda não tem um cuidado específico para esse tipo de pessoas idosas, diretamente e específico para idosos não tem nada. Tem o grupo de hipertensos que o pessoal marca consulta, todo mês passa com o médico, o médico emite a receita para eles da medicação que eles tomam, depois tem a consulta agendada para retornar, é feita avaliação, mas nada específico. (AE 7)*

Destacam-se algumas iniciativas, relatadas pelos profissionais de Enfermagem, de realizar atividades para lazer e convívio social para os hipertensos e diabéticos.

*Antigamente ainda tinha passeios para a parte social, em grupos, agora parou não sei por que, deu uma parada. Uma vez por mês eles iam a um passeio, parque, cinemateca, para ter um lazer, para conversar. (AE 6)*

*A gente fez vários passeios, no parque Bacacheri, no bosque do alemão, os que eu participei, nós fomos à cinemateca assistir um filme, na época era uma biografia Belarmindo e Gabriela, era uma história, a vida deles. E eles adoraram, a gente fez um lanchinho depois. Fizemos até linguçada que eles queriam. E foi bem divertido, teve também festa junina. Uma vez foi feita sessão cinema, e geralmente no final do ano tinha amigo secreto, então cada um trazia um presentinho, assim de 1,99, baratinho, e a gente fazia brincadeiras. Fizemos um bingo, a gente arrecadou bastante prêmios, foram feitas algumas doações e fizemos um bingo e também foi bem*

*divertido. Então a gente fazia essas atividades, e depois foi esfriando um pouco. (AE 5)*

As atividades de lazer são uma forma encontrada pelos profissionais de Enfermagem de procurar valorizar aspectos sociais nas ações da UBS. Entretanto, não houve continuidade e entre as razões apontadas para a interrupção dessas atividades foram as dificuldades em obter recursos, falta de tempo e também pelas mudanças na unidade de saúde com a implantação da ESF.

*A nossa unidade por enquanto estão parados os trabalhos com o idoso por causa dessas mudanças que vão acontecer na unidade. (E 3)*

*É complicado, porque a gente tem que arrecadar dinheiro de alguma forma, arrecadar recursos para fazer uma festinha. Então a prefeitura não disponibiliza verba para fazer, tinha de alguma forma ficar inventando e quando a gente tinha tempo, fazia. Então a gente arrecadava roupas usadas, calçados e fazia um bazar uma vez por mês, vendia bem baratinho e arrecadava dinheiro para fazer alguma coisa com os idosos, hipertensos e diabéticos, a maioria era idosos. (AE 5)*

A preferência no atendimento foi uma característica frequentemente lembrada pelos informantes, a qual inclui os idosos e pessoas com deficiências, de uma forma geral.

*Acredito que não tem muita distinção no atendimento do idoso longo para os outros idosos aqui na unidade. Eles têm preferência no atendimento, no laboratório, tem preferência no atendimento, somente. (E 1)*

*O atendimento aqui na unidade é igual para todo mundo, não tem diferenciação para ninguém. A única coisa que tem restrição é se é cadeirante entra primeiro e se é maior de sessenta também tem prioridade. Não tem nada em cima dessa idade. (AE 4)*

*Olha, aqui a gente tenta pelo menos, a unidade é grande, e os nossos idosos chegam aqui a partir de 60 anos e tem alguns com mais de 80. O que a gente faz é priorizar quando eles chegam, pedir para a doutora atender antes, isso que a gente faz. (AE 3)*

Entretanto, uma informante explicou que é preciso ter bom senso para dar prioridade no atendimento, pois nem sempre é o longo que está precisando mais.

*Mas sempre a gente está procurando dar uma prioridade maior para os idosos, tenta aqui no setor de laboratório sempre os primeiros que são atendidos são acima de 60 anos, então a gente dá uma prioridade. Eles ficam entre eles tentando saber quem tem mais idade para ser atendido antes. Mas não adianta, acima de 60 é que tem prioridade. Então não tem muita diferença. Às vezes uma pessoa com 80 anos está super bem e uma de 20 está com algum problema, então a gente tem que analisar quem*



*consulta primeiro. Por exemplo, uma consulta médica a gente usa o bom senso na hora de atender, ver quem está com maior prioridade no caso. (AE 5)*

De acordo com os profissionais de Enfermagem, dificilmente os idosos longevos vão até a unidade de saúde, principalmente, por dificuldades de locomoção e de transporte.

*É difícil de trazer o idoso muito idoso aqui para a unidade, por dificuldade de locomoção. Às vezes é um paciente que tem dificuldade para deambular, ou um paciente que não tem como estar vindo, se está chovendo ele tem dificuldade para vir, mora um pouco mais afastado da unidade, não tem quem traga. (E 1)*

*A gente não tem contato direito com as pessoas acima de 80 anos, porque eles não vêm para a unidade, dificilmente. Eles só vêm para a unidade em último caso, se for para o médico dar uma olhada, trocar um curativo ou uma sonda. Estão acamados, muitas vezes, os familiares não têm meio de transporte, não têm dinheiro para pagar táxi. (AE 2)*

*Às vezes eles não têm condição de vir até aqui, a partir de 80 anos não são todos que estão em plena forma para vir, às vezes eles até querem um atendimento, um acompanhamento, mas não tem como fazer, porque eles não podem vir. Aqui como não é ESF ainda, o médico até vai a casa, mas não é uma rotina, só em casos extremos. Não vemos muito na unidade essa faixa etária, vêm esses que estão bem, em bom estado físico. (AE 6)*

Desta forma, os profissionais de Enfermagem reconhecem que, em geral, os longevos que vão até a unidade são aqueles que estão em melhores condições físicas. Conforme relataram os profissionais de Enfermagem, algumas vezes é o familiar que vai até a unidade pelo idoso, como para marcar consulta ou pegar o medicamento.

*Geralmente eles ficam em casa e o familiar é que vem para marcar consulta, para pegar medicação. Quando eles têm a consulta agendada com o médico, eles trazem esse familiar, e eles vêm para a unidade. Esse pessoal dos hipertensos, a maioria tem 60, 70 e muitos deles ainda vêm, além disso, a maioria é o familiar que vem. (AE 7)*

Os profissionais de Enfermagem sabem que muitos longevos com graus de dependência não recebem atendimento por diversas razões, como a dificuldade de sair de casa. Todavia, segundo eles, a UBS não tem estrutura adequada para fazer as visitas domiciliares, as quais são realizadas apenas em alguns casos.

*Teria que ter uma estrutura melhor, porque a gente não tem uma estrutura adequada para fazer essas visitas. Às vezes, as pessoas moram super longe daqui, você vai a pé? Já aconteceu de ter que fazer visita domiciliar e*

*a pessoa mora quase na divisa da área de abrangência da outra unidade de saúde e ter que ir a pé, porque não tinha a Kombi [carro] branca para levar, não tem um vale transporte para ir, coisas que dentro do ESF tem, por isso que eles fazem essas visitas. A gente faz visita só quando a família vem aqui e fala que o paciente está acamado e precisa que uma enfermeira vá lá para avaliar uma ferida, alguma coisa assim. Ela vai, faz a avaliação e só, mas não é um acompanhamento do idoso por muito tempo, porque a gente não tem estrutura para isso. (AE 1)*

De acordo com os profissionais de Enfermagem, a falta de recursos humanos e de materiais prejudica o atendimento para todas as faixas etárias. Eles observam, por exemplo, a falta de profissionais para compor a equipe multiprofissional, pois na UBS não tem assistente social, e a psicóloga e a nutricionista atendem em mais quatro unidades básicas de saúde.

*Além de a gente receber pouco, está defasado o quadro de recursos humanos e não tem material. Hoje nós não temos nem soro no posto. Se quiser fazer uma inalação ou um curativo, tem que ir à farmácia comprar. Além da falta de recursos humanos, também a infra-estrutura inadequada. (E 2)*

*Às vezes ele é um hipertenso e veio buscar um enalapril [medicamento], mas não tem o enalapril. Acontece bastante, infelizmente, de faltar muita medicação. Tem algumas medicações que às vezes ficam quatro meses sem vir à unidade. São medicações que fazem parte da farmácia básica das unidades de saúde de Curitiba e não são repassadas para distribuir aos pacientes. (AE 1)*

*A gente passa muitas vezes a fazer o trabalho da assistente social, que não é a nossa parte. Tinha que ter, porque se confundem muito as coisas. Então falta nutricionista, esses idosos têm que ser acompanhados por nutricionista, mas como é uma para cinco unidades, ela não dá conta. Porque não são apenas pessoas com sobrepeso, hipertensos e diabéticos, tem gestantes, as crianças, os acamados. Tinha que ser exclusivo, a nossa unidade é grande, o certo seria uma psicóloga, uma nutricionista e uma farmacêutica. Daí faria um trabalho certo mesmo, um trabalho bem feito, não só para dizer está sendo feito. Está, mas nas coxas não resolve muito, infelizmente, ela desenvolve o que é mais urgente, ou a pessoa reclama mais às vezes, porque está sem vaga e é público, mas tem muitas pessoas que não tem boca para reclamar e está às vezes precisando. Então falta estrutura mesmo. Psicóloga também, a gente está sem e faz uma falta muito grande. Tinha um grupo de saúde mental, a gente organizou, sempre tinha um grupinho que vinha. Tem muitos casos de idosos depressivos, só que a gente não tem estrutura para trabalhar com isso, tinha que ter uma psicóloga na frente. (AE 5)*

Quando mencionam o cuidado que é realizado no domicílio, referem locais com condições insalubres para isso. As áreas de risco social são locais onde há maior escassez de recursos econômicos e domicílios em condições precárias de higiene e espaço.

*A gente foi numa casa para trocar uma sonda de um paciente, ele sofreu um acidente, só que se você visse a casa não entraria dentro, um cheiro forte, ele deitado em uma caminha. Não dava direito para entrar, tinha que empurrar as coisas para passar a sonda. Além de pouco espaço, cheio de lixo, sujeira, a família não cuida. (AE 2)*

*Tinha um caso que ele faleceu na semana passada que é o idoso que mora numa área de risco, ele é acamado há muitos anos por sequela de AVC e a casa dele é horrível, a higiene é precaríssima. Ele mora com a esposa e o filho, a esposa cuida, mas cuida daquele jeito, porque não tem o que comer direito, ele estava com alimentação via sonda. Ele não recebia as latas de leite, mas tinha que fazer batido no liquidificador e passar na sonda. Mas a família pobre, a casa uma imundície, ratos. É um caso que estava no ministério público, a FAS também estava acompanhando. Enquanto você tem um familiar responsável, mesmo nessas condições insalubres, não tiram o idoso do domicílio, mesmo se tirassem, ele não queria sair, queria ficar lá, do jeito que ele estava, mas queria ficar lá. (E 2)*

Os símbolos utilizados pelos profissionais de Enfermagem revelam os significados do cuidado à saúde dos idosos longevos. Os atributos desse cuidado mostraram aspectos culturais como fazer visita apenas quando a família vai solicitar na UBS, atender o que é mais urgente e a pessoa que reclama mais. Além disso, estão enrustidas nas teias de significados, a cultura do subdimensionamento de recursos humanos de Enfermagem, escassez de recursos materiais e a cultura dos encaminhamentos, a qual frequentemente faz os usuários percorrerem vários serviços para serem atendidos.

A atenção básica tradicional tem sido caracterizada pelo distanciamento da realidade dos usuários e famílias e a assistência focada na demanda espontânea, sem investimento na prevenção, o que resulta em diagnósticos tardios das doenças (TRINDADE, PIRES, 2013). É detectável a necessidade de melhorias na infraestrutura física e de materiais para o cuidado à saúde dos idosos longevos tanto na UBS como nos domicílios, bem como a valorização dos recursos humanos na UBS.

Os melhores salários e os incentivos à capacitação podem favorecer o trabalho mais comprometido e o fortalecimento do vínculo com os usuários. Há lacunas para a concretização da universalidade e integralidade nas ações da atenção básica no Brasil (TRINDADE, PIRES, 2013).

Deste modo, as condições sociais concorrem para as condições nas quais o cuidado é desenvolvido pelos profissionais de Enfermagem. Conforme Geertz (2001a), as estruturas culturais e sociais não são apenas reflexos uma da outra, são ao mesmo tempo, independentes e relacionadas entre si.

Com o envelhecimento populacional e o aumento da expectativa de vida, os profissionais de Enfermagem percebem a exigência do preparo, produção de conhecimentos e aprendizado para o cuidado à saúde dos longevos.

*Acho que a gente tem que se aprofundar. Cada vez mais a população está ficando jovem e idoso, e a gente não está preparada para cuidar deles. Principalmente nós da enfermagem, estamos preparados para cuidar dos idosos doentes, mas dos saudáveis não estamos preparados para isso. Então a gente tem que estudar e fazer trabalhos em cima disso. (E 3)*

*Até então a perspectiva de vida era 70, 70 e poucos, agora já está aí com 90, 100 que a gente vê, com 96, 98, cento e poucos anos. Então, conforme vão se passando, vamos ter que aprender juntos. (AE 7)*

Uma enfermeira destacou o treinamento dos recursos humanos existentes para o cuidado integral, em todas as dimensões, não apenas voltado aos procedimentos técnicos.

*Precisa fazer treinamentos, palestras, a maioria dos profissionais cai de pára-quedas porque é um emprego público. Não tem noção do que é o sistema único de saúde, integralidade, acolhimento, vínculo, não tem noção dessas coisas e a prefeitura não faz treinamento disso. Ela faz treinamento de muitas coisas boas, como de vacinas, feridas, mas ninguém pára para esse funcionário, e diz: gente nós estamos aqui para atender o ser humano, atender todas as dimensões. (E 2)*

Desta forma, existe a cultura de preparar-se e buscar conhecimentos para desenvolver o cuidado e isso vai ao encontro da Enfermagem gerontológica. Essa especialidade considera a especificidade do cuidado à saúde das pessoas idosas e a exigência do preparo e formação dos profissionais para atuação junto a essa população. Entretanto, o cuidado gerontológico não ocorre no cenário estudado tendo em vista que os profissionais de Enfermagem de uma forma geral, não possuem esse preparo específico.

Os atributos do cuidado à saúde dos idosos longevos mostraram que existem lacunas para que esse seja realizado pelos profissionais de Enfermagem de forma mais próxima ao que eles consideram adequado para esta faixa etária com idade mais avançada. Entre essas lacunas, destacaram a limitação no acesso aos serviços de saúde para os longevos, principalmente aqueles não possuem condições de ir até a UBS, e dificuldades que encontram para atingir o cuidado da forma almejada.

#### 5.2.4 Domínio e Taxonomia Cultural 4 - “Ser bem atendido” e mais ajuda em casa: atributos do cuidado à saúde para os idosos longevos

No Quadro 13, são visualizados os atributos do cuidado à saúde segundo os idosos longevos e no Quadro 14, a taxonomia cultural.

Termos incluídos	Relação semântica	Termo coberto
Ser bem atendido Demora ao atendimento Precisa recursos	é um atributo do	cuidado à saúde para os idosos longevos

QUADRO 13 - DOMÍNIO CULTURAL 4 – “SER BEM ATENDIDO” E MAIS AJUDA EM CASA: ATRIBUTOS DO CUIDADO À SAÚDE SEGUNDO OS IDOSOS LONGEVOS. CURITIBA, 2013  
FONTE: O autor (2013)

Ser bem atendido	- profissionais atenciosos - médicos bons - tem que esperar muito
Demora ao atendimento	- mais médicos - os serviços de saúde estão lotados - causa sofrimento - preferência no atendimento
Precisa recursos	- médicos, enfermeiras, remédios - em casa às vezes não tem quem ajuda - melhorar os recursos

QUADRO 14 - TAXONOMIA 4 – “SER BEM ATENDIDO” E MAIS AJUDA EM CASA: ATRIBUTOS DO CUIDADO À SAÚDE SEGUNDO OS IDOSOS LONGEVOS. CURITIBA, 2013  
FONTE: O autor (2013)

Os longevos esperam ser bem atendidos quando procuram os serviços de saúde e isso, para eles, é serem tratados com atenção, paciência e carinho pelos profissionais de saúde.

*Apesar que só frequento aqui, eles são muito atenciosos, os médicos daqui são muito bons, as meninas são muito atenciosas e tudo. Em primeiro lugar, quando uma senhora idosa que entra no consultório, porque toda pessoa idosa que entra no consultório já entra meio nervosa, com medo, para fazer um exame quer saber o resultado do exame já fala: ah meu Deus estou com isso, estou com aquilo. Então, o médico que está atendendo aquela pessoa tem que ir com muito cuidado, muito carinho, porque um deslize a pessoa pode cair dura no chão e morrer na hora. Os médicos tinham que ter muita paciência e serem muito carinhosos com as pessoas que estão consultando. Porque tem médicos que vou te contar, não merecia estudar a medicina. A doutora aqui é um exemplo, não tem quem não gosta dela, todos que tratam com ela pode ser velho, criança, pode ser preto, branco, pobre, ela abraça, ela trata com tanto carinho, com tanto respeito que Deus abençoou ela na profissão que escolheu. Isso é muito importante em um posto de saúde, mas em todos os hospitais. Deus deu a vida da pessoa,*

*deixa que Deus tire a vida na hora certa, para isso existem os hospitais, os médicos. A medicina precisa cuidar com muito carinho dos seus pacientes, é mais importante do que o remédio que ela vai receitar. Já vi gente sair do consultório médico e rasgar a receita e jogar no lixo. Você quando está chateada vai numa amiga e ela ainda te esculacha mais? A sua amiga devia te dar uma palavra de conforto, te reanimar, te dar aquele carinho que naquela hora você está precisando. Isso é tão importante na vida da gente! Já vivi nesse mundo, já levei tanta cacetada, mas já levei também coisas boas da vida, entre altos e baixos. Mas a palavra amiga, a compreensão, o sorriso que você dá para uma pessoa quando está aborrecida ou triste, é um remédio mais importante da vida que a gente ganha. Agora você tratar com casca e tudo, o que adianta você estudar? Você não está dando valor para a vida humana? Aqui nunca vi desfazer de ninguém, elas são muito carinhosas, muito boas. (Idosa Longeva 2, 82 anos)*

*Quando me acidentei, quem me atendeu aqui foi um doutor, era muito bonzinho, para pegar na mão da gente dá licença, dá licença para escutar, para examinar, achei boa pessoa, uma grande pessoa. Tem médico que não quer examinar, vai marcando ali e vai tomar esse remedinho. (Idosa Longeva 4, 81 anos)*

*Mas essa médica que eu consultei hoje, eu gosto muito dela. A gente é bem atendido com ela, sabe. (Idoso Longevo 2, 81 anos)*

O cuidado à saúde para os idosos longevos é semelhante ao que Roselló (2009), define como um processo de relação humana que transforma positivamente os membros da relação. Por meio dessa reciprocidade, as pessoas se aperfeiçoam e constroem a si próprios, no sentido corporal e espiritual. Neste sentido, o cuidado se desenvolve por meio da presença e do diálogo para que o ser humano possa recompor-se quando doente, encontrar caminhos e a vontade de viver.

Entretanto, para serem atendidos, os idosos longevos revelaram que precisam esperar muito tempo, ficam horas esperando uma consulta e isso causa sofrimentos.

*Em muitos lugares a gente é bem atendido. Mas tem lugares que não é bem atendido, passa dificuldade, fica sentado naqueles bancos duros, tempo ali esperando naquela filona. Chega lá, o médico não veio naquele dia, a gente tem que voltar para trás, marcar outra consulta. Quando vai ser atendido, eles marcam uma consulta muito mais longe para a gente. Por exemplo, essa que eu estava hoje, foi marcada em um dia e não pude vir, foi remarcada para hoje. Então demora muito. Não vim na consulta porque não pude vir. Acho que faz quase quatro meses, passa muito tempo. (Idoso Longevo 2, 81 anos)*

*Eu chego aqui para consultar e fico duas, três horas esperando. Então, quando entro no consultório minha pressão sobe. Não tem uma vez que eu venho aí e minha pressão não sobe e acho que fico nervosa, não sei, porque fico esperando muito e não sou dessas que tem muita paciência para esperar. É só nesse ponto aí que eu acho negativo. (Idosa Longeva 3, 87 anos)*

*A pessoa vai ficando nervosa, meu marido é assim. Seu [nome do funcionário], disse: venha com ele, ele vem sozinho e fica indo toda hora ali na mesa perguntar, fica ansioso, ainda não me chamou? Vê se o médico não vai me chamar. Isso causa um problema também, demora para o atendimento e a pessoa fica ali sentada muitas horas e os médicos nunca chamam. Isso seria bom para a pessoa não ficar muito irritada, quando o médico vai olhar a pressão subiu, porque passou muito nervoso de ficar ali esperando. (Idosa Longeva 2, 82 anos)*

Conforme disseram os longevos, a demora ao atendimento não ocorre somente na UBS estudada, mas em outros serviços também.

*Lá no hospital se a gente chega com uma dor no olho, por exemplo, como eu estava esses tempos, tem que esperar tempo e daí vai lá para cima, naqueles andares de cima, fica esperando muito tempo para ser atendido. Fica horas esperando, então os idosos sofrem muito com isso. Se fosse no tempo que a gente era moço, tinha paciência, mas agora a gente sofre muito com isso. Porque ficar duas horas esperando sentado na cadeira, não aguenta. Isso é duro. (Idoso Longevo 2, 81 anos)*

*Teria que ter um atendimento mais rápido, acho muito necessário isso em qualquer lugar. Você vai nesses hospitais desses maiores, fica o dia inteiro lá, a gente fica nervosa, não quer sair dali porque de repente o médico chama e eu não estou ali. E as pessoas ficam raivasas. Tinha que ter um atendimento mais rápido, mas infelizmente acho que isso não vai acontecer, porque aumenta muito a população, os médicos são poucos, não tem vaga. Você não vê quando passa na televisão? O posto não tem médico para atender e ficam tudo ali, crianças, velhos, esperando. Há pouco teve um posto aqui em Curitiba, a moça foi lá e jogou o balde e virou tudo, porque não vinha atender. É uma falta de respeito, infelizmente está difícil nesse ponto, os postos lotados, tudo cheios. Mesmo criança quando vem aqui, corre para lá, corre pra cá, a mãe tem que levantar porque a criança saiu lá fora, é porque demorou a chamar. Tinha que ser rápido, mas isso aí vai ser difícil. (Idosa Longeva 2, 82 anos)*

Os informantes acreditam que para reduzir o tempo de espera para o atendimento precisa maior número de médicos, pois os serviços de saúde estão lotados.

*Estou bem atendido, só parece-me que poderia ter mais médicos, porque às vezes a gente tem que esperar muito. Porque sempre gosto de consultar com o mesmo médico, seja médico ou médica, sempre o mesmo. E às vezes a gente chega ao posto marcar e eles dizem: só daqui vinte dias e daí a gente chega aqui e tem que esperar porque há dez pessoas na fila já, que chegaram antes. (Idoso Longevo 1, 87 anos)*

*Hoje não está tendo médico, eles não estão vencendo o povo doente mais. Você marca uma consulta hoje, leva 90 dias, seis meses, dois anos levou para mim. Se for um problema de morrer, morre e não chega na hora de receber o atendimento, porque está muito lotado. Conversei com o médico e é isso o resultado, não tem médico para atender o povo. Você marca a consulta hoje e já tem 800 na frente para ele atender. Então fui conversar com eles e eles mesmos me disseram isso aí. Às vezes vai um ano, até*

*passar aqueles 800 na frente dele, se for problema de morrer, morre. (Idoso Longevo 4, 84 anos)*

*Todas que vêm aqui, teria que ser assim, quando chega uma senhora, para não ficar muito tempo esperando ali, ser mais rápido. Tem pessoas idosas que ficam sentadas ali duas, três horas na cadeira e isso faz mal. Deveria ser chegando já atender, mas para isso teria que ter muitos médicos no posto, seria o ideal, quanto mais rápido atender aquela pessoa que veio no médico, para não ficar esperando horas e horas. (Idosa Longeva 2, 82 anos)*

Diante da demora ao atendimento, os longevos não veem atendida a prioridade para os idosos.

*Em todos os lugares, não é só aqui não, a gente chega e demora. Cadê a prioridade dos idosos? Ao menos de oitenta para cima. Eu tenho oitenta e sete. Marquei consulta para 5hs:24min, estava marcado na folha eu cheguei 3hs:30min. Consultei era quase seis horas, acho que fui quase a última. E todas as vezes que venho, demoro, é muito difícil ser atendida mais cedo. Venho cedo para tentar ser atendida logo, mas não adianta. (Idosa Longeva 3, 87 anos)*

*Acho que precisava ser um pouco melhor. Se os idosos fossem chamados antes dos outros. A gente chega lá e os idosos têm preferência, mas não tem nada, no meu ponto de vista. (Idoso Longevo 2, 81 anos)*

*Hoje em dia está cheio de lei, nosso país tem muita lei, só que falta autoridade para exercer a lei, porque as leis do nosso país são boas, mas estão faltando autoridades. Agora encheram de placas, idoso e não sei o que, não funciona, minha filha. Se você vai atender a pessoa de idade, então quando abre a porta, o atendente tinha que falar assim: quem tiver mais de tantos anos vai entrando aqui e os demais aqui, aí funciona direitinho. Se ficar rolo, às vezes chega ali e está tudo amontoado, e o povo infelizmente tem um defeito, eles só querem passar os outros para trás. Se você ficar de atendente aqui uma hora, você vai ver. Quando tem bastante gente, se o cara puder passar o outro para trás, ele passa. Eu acho o seguinte, se tiver uma ordem bem certinha, não tem problema nenhum, é uma coisa simples de resolver. (Idoso Longevo 5, 82 anos)*

Uma das informantes disse que para ela o atendimento não é demorado e explicou que tem uma doença grave.

*Aqui no posto para mim é muito bom. O tratamento certinho, eles encaminham, todos os encaminhamentos que eu tenho, são daqui. Lá no doutor também, se não fosse ele acho que já tinha morrido. Logo já estão chamando. Tem gente que diz que ficam três meses na fila, mas para mim nunca falaram. Estou fazendo tratamento no hospital, tenho um problema no coração. Tem o nome da doença, segunda-feira tenho que estar de novo. Faz uns quatro meses. Saiu ligeiro, tem gente que leva anos, para mim não. É negócio do coração, tenho os exames e ele disse para eu carregar os exames, mas esqueço. É um problema gravíssimo, eles querem operar, mas com a idade não dá, diz que é perigoso. (Idosa Longeva 5, 82 anos)*



Para os longevos, a prioridade no atendimento proporciona uma liberdade que os ajuda a viver na comunidade.

*Os idosos são bem tratados, para pegar um ônibus, por exemplo, eu estava no ponto de ônibus e veio uma mulher e perguntou a minha idade e me colocou em outra fila, eu em primeiro, daí eu aprendi com ela. Então se a gente tem essa liberdade, somos bem atendidos. Eu não ando muito vazio, ando cheio de carga, cheio de pacoteira. Vou à frente ali, peço licença e autorizam. Dentro do ônibus às vezes eles levantam e dão o banco para a gente. Tem uma liberdade pela idade, então a idade ajuda a pessoa a viver um pouco melhor. (Idoso Longevo 4, 84 anos)*

Os idosos longevos referiram que são necessários recursos para cuidar da saúde deles e entre esses, na UBS esperam encontrar médicos, enfermeiras e remédios. Entretanto, nem sempre os idosos longevos possuem em casa ou encontram na UBS os recursos que precisam para os cuidados à saúde diante das doenças crônicas.

*Às vezes falta o remédio, porque eu pertencço ao pessoal dos hipertensos e pego remédio aqui, mas às vezes falta e eu tenho que comprar. (Idoso Longevo 1, 87 anos)*

*A saúde depende de remédios, quando faltam remédios, tem pessoas que às vezes não podem comprar. Quando não tem o remédio eles sentem a falta e saem aborrecidos. Então na unidade de saúde, se tiver médicos, enfermeiras e remédios, não falta nada. Sai sortido, servido e não tem mais o que falar. (Idoso Longevo 4, 84 anos)*

*O cuidado do posto de saúde, os médicos, as enfermeiras, ensinam direitinho, mas nós temos que ter uma cabeça muito boa para guardar tudo naquele detalhe, para não ir para casa e não adiantou nada que foi no posto, fez tudo errado. Chega a casa e às vezes a pessoa não tem quem ajuda. A minha irmã é uma delas, essa que está lá internada. Tomava remédios demais e acho que prejudicou, não tinha quem orientasse e ela morava sozinha. (Idosa Longeva 1, 82 anos)*

*Tem muito desvio de dinheiro que poderia ser para a saúde. Então precisava melhorar isso. Tem muitos medicamentos que são desviados da saúde e não está certo, a gente vê isso pela televisão. Eu acho que precisava ter uma administração melhor, uma fiscalização mais rigorosa para ter uma melhora para os idosos. Deveria melhorar o dinheiro para a saúde, para pagar os médicos, pagar os enfermeiros. Tem muitos médicos que estão saindo do SUS [Sistema Único de Saúde] porque ganham muito pouco. Então precisava ter melhora nisso, porque o médico demora muito, você mesmo, demora muito para ser enfermeira, tem que estudar muito. Tem que fazer muitos cursos, então precisava ter uma melhora nisso, o governo precisava melhorar o salário dos médicos e dos enfermeiros. (Idoso Longevo 2, 81 anos)*

De acordo com a literatura, a experiência do envelhecimento é vivida de maneiras diferentes pelos indivíduos e influenciada pelos contextos sociais e

culturais. Desta forma, a gravidade e a relevância dos problemas de saúde são influenciadas pela possibilidade percebida para enfrentá-los e para isso, as pessoas idosas integram os recursos sociais, econômicos e a disponibilidade de apoio profissional (UCHOA, FIRMO, LIMA-COSTA, 2004).

Os atributos do cuidado à saúde para os idosos longevos foram traduzidos pela relação que estabelecem com os profissionais e pelas condições de atendimento. A escassez dos recursos materiais e humanos necessários limita a realização dos cuidados à saúde e foi aspecto semelhante aos atributos segundo os profissionais de Enfermagem. Quanto aos recursos humanos, enquanto os longevos ressaltaram a necessidade de mais médicos, os profissionais de Enfermagem referiram a equipe multiprofissional.

Ao procurar atendimento nos serviços de saúde, os idosos longevos muitas vezes se deparam com a inexistência do atendimento esperado, em oposição ao cuidado desejado. Esta divergência é um retrato do descuido, no qual é negado o acesso aos serviços de saúde e os recursos necessários, e intensifica o sofrimento nas situações de doenças.

#### 5.2.5 Domínio e Taxonomia Cultural 5 – Responsabilidade familiar e orientações: utilizados para o cuidado à saúde dos idosos longevos, segundo os profissionais de Enfermagem

Este domínio descreveu os termos incluídos que os profissionais de Enfermagem utilizam para o cuidado à saúde dos idosos longevos. Conforme explicou uma enfermeira, são muitas ações envolvidas no cuidado profissional.

*O cuidado é toda essa parte de ajudar o idoso com orientação, fazer a busca ativa para o que precisar para esse idoso, acompanhar, se é um idoso acamado visitar frequentemente para ver como ele está, realizar atividade de promoção da saúde, seja no âmbito do lazer, seja na orientação da medicação. O cuidado envolve praticamente tudo, a consulta, um curativo bem feito, um acompanhamento no domicílio, visita domiciliar, até essa ponte que a gente faz com o social, infelizmente acaba pegando muitas questões do social. Tudo está envolvido no cuidado, são muitas ações envolvidas. (Enf. 2)*

Entre essas ações, os profissionais de Enfermagem destacaram o apoio familiar, suporte social, ouvir o idoso, controle das comorbidades, orientações,

grupos de idosos e atividades. No Quadro 15, pode ser observado o domínio cultural e no Quadro 16, a taxonomia, na perspectiva dos profissionais de Enfermagem.

Termos incluídos	Relação semântica	Termo coberto
Apoio familiar Suporte social Ouvir o idoso Controle das comorbidades Orientações Grupos de idosos Atividades	é utilizado para o	cuidado à saúde dos idosos longevos

QUADRO 15 - DOMÍNIO CULTURAL 5 – RESPONSABILIDADE FAMILIAR E ORIENTAÇÕES: UTILIZADOS PARA O CUIDADO À SAÚDE DOS IDOSOS LONGEVOS, PELOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM. CURITIBA, 2013  
FONTE: O autor (2013)

Apoio familiar	- primordial - obrigação dos filhos - cuidador familiar
Suporte social	- longevos que moram sozinhos - infraestrutura
Ouvir o idoso	- dar atenção - conversar
Controle das comorbidades	- medicamentos - acompanhamento - orientações
Orientações	- alimentação - autocuidado - medicações - quedas
Grupos de idosos	- multiprofissional - autonomia - capacidade funcional
Atividades	- lazer - oficinas - rodas de conversa

QUADRO 16 – TAXONOMIA 5 - RESPONSABILIDADE FAMILIAR E ORIENTAÇÕES: UTILIZADOS PARA O CUIDADO À SAÚDE DOS IDOSOS LONGEVOS, PELOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM. CURITIBA, 2013  
FONTE: O autor (2013)

O cuidado da família aos idosos longevos é reconhecido pelos profissionais de Enfermagem como primordial para a saúde. Essa importância do apoio familiar aos longevos foi explicada com base em valores familiares de cuidado e nas experiências de vida dos profissionais.

*Primeiro lugar é o apoio da família, porque o idoso é uma criança, então precisa de cuidado, carinho, amor, respeito. Porque ele viveu, criou seus filhos, até cria os netos, porque os pais têm que trabalhar. Tem que dar um tratamento bom, não pode deixar de lado. Porque o ser humano sente, por mais que tenha alguma doença degenerativa, ele sente e precisa de cuidados. (AE 2)*

*Olha pelo que já vivi, pelo que eu vejo, aqueles idosos que ficam doentes, por exemplo, internados no hospital, se a família fica o tempo todo ali com ele a recuperação é bem rápida. Aqueles que ficam isolados, que não vai ninguém visitar, demora a recuperação e eles ficam chorando, se lamentando o tempo todo, ficam sensíveis, alguns ficam agressivos. Então a família, acho que é tudo. (AE 3)*

*Tem que ter alguém da família, às vezes um vizinho que olhe por aquela pessoa. Já aconteceu um caso de uma senhora que estava morta dentro de casa. Ela não estava muito legal, morava sozinha. A psicóloga foi fazer uma visita de rotina e ela estava morta na cadeira em casa. E o cachorro não deixava ninguém entrar, fazia já uns dois, três dias. Então tivemos que chamar a polícia para arrombar a casa, tirar o cachorro. E ela morreu sozinha em casa, e não tinha ninguém por ela. Então da mesma forma com outros pacientes, que de repente morrem sozinhos dentro de casa e ninguém sabe, ninguém vê. (AE 5)*

As crianças e os idosos podem ser incluídos como extremos do começo e do final do ciclo vital, como etapas da vida na qual necessitarão serem cuidados por outros (CASTRO, CAMARGO-JUNIOR, 2008). Conforme explicou o informante, é uma obrigação da família, cuidar dos longevos.

*É uma obrigação de todos os filhos cuidarem dos pais acima de 80 anos. Ainda bem tem essa lei, senão esquecem-se de cuidar no final da vida deles, dar o melhor conforto, independente do pai ou mãe que tenha sido, é responsabilidade. Você tem que ver como que ele foi criado também, muitas vezes nós tratamos os filhos do jeito que nossos pais nos criaram. (AE 2)*

Deste modo, os profissionais de Enfermagem enfatizam a responsabilidade familiar no cuidado aos idosos longevos. Este é um aspecto da cultura dos profissionais, tendo em vista que as maneiras que a família cuida dos idosos é variável. Atribuir a responsabilidade do cuidado à família é cultural e, nesse caso, os membros mais jovens são obrigados a despender esforços para a proteção e amparo dos mais velhos. Embora os profissionais de Enfermagem atribuam ênfase na família para o cuidado à saúde dos idosos longevos, não mencionaram que precisam também estar preparados para atuar junto às famílias.

A saúde do cuidador familiar do longo prazo para os profissionais de Enfermagem é uma preocupação. Por isso, também ressaltaram a necessidade de trabalhar com eles para auxiliar no cuidado.

*Acho que dava para trabalhar com o cuidador familiar para realmente auxiliar eles nesse processo. O que fazer, como agir, eles têm bastante dificuldades. E o cuidador, a gente vê muito, tanto nas pesquisas como na prática, que ele se anula totalmente, esquece de si mesmo, só cuida do idoso, mas para ele nada. E geralmente a gente pega cuidadores com depressão, com complicações nessa parte psicológica. Tem que cuidar do idoso, mas não se anular, senão daqui a pouco ele vai estar doente. (E 2)*

Principalmente para os longevos que moram sozinhos ou quando a família não cuida, os profissionais de Enfermagem consideram que o suporte social é necessário para o cuidado à saúde. Desta forma, o cuidado não ocorre apenas na UBS e dependerá das condições que o longo vivo tem no domicílio, como a alimentação e moradia. Há casos nos quais a necessidade, na perspectiva dos profissionais de Enfermagem, é de um cuidador no domicílio do longo vivo.

*Não adianta fazer uma visita familiar, fazer um bom curativo naquele idoso que está acamado, se ele não tem nem o que comer. Como é que a ferida vai fechar? Se ninguém cuida dele, o lençol da cama está todo sujo, o risco de contaminação ninguém olha. É bem difícil, tem que ter uma parceria senão o nosso trabalho vai por água abaixo. Não adianta orientar aqui se ele sai daqui e a vida dele não tem infraestrutura nenhuma. (E 2)*

*Tem outro caso, de uma longeva que mora com o neto que é dependente químico e está sendo acompanhado pelo ministério público. Só que ela não toma os remédios direito, o neto não cuida dela direito, ela está super depressiva, precisaria alguém no domicílio para acompanhar ela, para fazer ela tomar os remédios direitinho. Então essa parte do idoso longo vivo é muito frequente, quem vai cuidar, como vai cuidar, se a família está cuidando, essa necessidade é bem visível. (E 2)*

Além disso, ouvi-los e dar atenção foi mencionado pelos profissionais de Enfermagem como elementos para cuidar da saúde dos idosos longevos.

*Eu dou uma atenção especial para o idoso, tento desenvolver um vínculo, conversar com ele. Às vezes o simples fato de você ouvir a história de vida dele, aquilo para ele já é o suficiente, era o que ele precisava. Ele veio aqui só para conversar, para contar a história de vida dele, ele precisa de alguém o ouça. Essa é a atenção especial que a gente pode dar para o idoso. (E 1)*

*Dar bastante atenção, porque eles gostam muito de conversar, são carentes, eles querem bastante atenção. Sempre observar se eles não estão fazendo períodos de confusão. (AE 1)*

*O risco psicológico também, porque às vezes o idoso é deixado de lado, ele fala e você ignora, isso afeta bastante. Dar atenção, carinho, eles precisam muito de carinho, porque o idoso chega a uma altura da vida que só vive do passado. Então ele só vive de lembranças, ele não tem mais uma expectativa de vida, ele vive do passado e tudo isso tem que ser conversado e entendido, senão fica difícil. (AE 3)*

Conforme a literatura, as pessoas idosas evocam constantemente o passado e para Soriano e López-Díaz (2010), a perda dos papéis na família e na comunidade os leva a lembrar de quando foram pessoas úteis, jovens e lideravam na comunidade e na família.

Quando narram suas histórias de vida, os longevos tornam público o seu passado e presente e revelam suas singularidades. Além disso, conhecer as histórias de vida deles aponta para possibilidades de desenvolver o cuidado gerontológico de maneira mais aproximada às expectativas dos longevos (WILLIG, 2012).

Para os profissionais de Enfermagem, o cuidado com os longevos deve começar nas idades anteriores, com a prevenção de doenças, antes de ficarem doentes.

*Na unidade é para ser a prevenção e depois que eles estão doentes a gente faz o controle. O objetivo seria a prevenção, para eles não chegarem com doenças, comorbidades, mas como nem todos fazem, eles já chegam aqui bastante debilitados, alguns não têm acompanhante. O que eu considero como um cuidado é a prevenção para chegar nesta idade com saúde, não tão dependentes. Para mim, o cuidado não adianta depois que está instalado tudo, querer fazer a prevenção em grupo. Vai distrair ele socialmente. Eu penso que a prevenção antes, para ele chegar à idade de 80 anos com a forma física boa. (AE 6)*

*O ideal seria a unidade trabalhar com a prevenção de doenças. Acontece que a maioria desses idosos, só procura a unidade quando já está doente. Por isso, seria interessante fazer essa atividade de ir a casa ver como é o ambiente, se é saudável ou se não é, se é um paciente acamado com algum tipo de deficiência mental ou um problema mental tipo Alzheimer ou Parkinson, como é que está vivendo, se a família cuida bem, se não cuida. (AE 1)*

*Deveria ter uma nutrição, alguma ginástica, para eles começarem a prevenir nos sessenta, para chegar aos 80 com saúde e bem. E também, formas que eles pudessem ficar independentes, alguma coisa que melhorasse a qualidade de vida deles. A prevenção aos sessenta, eles já vão aprendendo chegar aos 80 bem, saudáveis, com vontade e vigor. (AE 4)*

Esses discursos vão ao encontro da perspectiva do envelhecimento enquanto curso de vida, na qual o estado de saúde do indivíduo na idade mais avançada é construído ao longo das experiências de vida. Existe uma crença de que a prevenção de doenças para os idosos longevos não é mais possível, entretanto, para a Organização Mundial de Saúde (2005), a prevenção de doenças e do declínio

funcional pode ocorrer com a adoção de estilos de vida saudáveis, mesmo nas idades mais avançadas.

Para o controle das comorbidades, os profissionais de Enfermagem destacaram o acompanhamento na UBS e as orientações, principalmente a respeito dos medicamentos.

*Os idosos que já têm as comorbidades, principalmente o cuidado com as medicações. O cuidado para essa faixa etária são mais orientações sobre alimentação, o cuidado com os remédios, porque às vezes eles acabam trocando. Alguns não são alfabetizados, outros têm dificuldade de visão e eles que acabam cuidando da própria medicação. Então a gente orienta um método para identificar o que é, pela cor, pelo formato do comprimido. (E 3)*

*Orientar a medicação, porque o risco medicamentoso é super grande. Falar para eles: se não souberem ler o que está escrito na receita, pedir para alguém da família ver com eles, verificar o horário que têm que tomar. Se for necessário, sinalizar com cores diferentes as medicações, o horário, porque eu acho o maior risco. (AE 3)*

Apesar de considerarem o risco medicamentoso dos longevos, os profissionais de Enfermagem reconhecem que as orientações podem ser pouco efetivas.

*A tomada do medicamento pelo idoso, principalmente o longevo, não sei de que forma ocorre no domicílio. Por mais que você faça orientação aqui direito, eles esquecem, chegam em casa nem sempre tem alguém que monitore isso para eles, vira uma bagunça. Acabam voltando sempre na unidade porque estão fazendo o tratamento inadequado. (E 2)*

Entre as orientações dos profissionais de Enfermagem para os longevos, também incluem a alimentação e as quedas.

*Orientar quanto à alimentação, porque a maioria tem risco de pressão alta, ou tem risco ou é hipertenso ou com diabetes. Então também orientar quanto à ingesta de sal, açúcar e gordura, porque a maioria tem colesterol alterado. Orientar para ingerir pouco sal, pouco açúcar, não ingerir gordura, mais frutas, mais fibras, o intestino também fica mais lento. (AE 3)*

*Costumo orientar para essa faixa etária, o consumo de frutas e verduras, de leite por causa do cálcio e aumento da quantidade de proteína para eles. (E 3)*

*Hoje o que prejudica mais eles, são as quedas. Porque eles não se preocupam muito, esquecem que a coordenação motora diminui, a acuidade visual e auditiva também. O cuidado em domicílio, se tiver acompanhante a gente orienta o acompanhante também, para que evitem tapetinhos em casa, que tenha barras de proteção, que evite morar em casa, se tiver condição, que tenha muitos degraus. (E 3)*

As orientações de Enfermagem são meios utilizados para ensinar os idosos longevos e os familiares como cuidar da saúde, na perspectiva biomédica. Segundo Castro e Camargo-Junior (2008), os profissionais de saúde emitem constantemente para as pessoas o que devem fazer e como devem se cuidar e desta forma, contribuem para instituir os saberes e comportamentos embasados em conhecimentos científicos.

Entretanto, utilizar apenas a perspectiva biomédica para orientar como cuidar da própria saúde, pode recair em práticas impositivas que desconsideram os saberes populares e as maneiras que eles desenvolveram ao longo da vida para cuidar da saúde. Segundo Kleinman (1980), o modelo biomédico não possui maneiras de considerar a perspectiva dos pacientes e as experiências das doenças.

As orientações com base no modelo biomédico consideram que as enfermeiras sabem como os idosos devem cuidar da saúde, e eles precisam aprender. Neste sentido, as orientações não favorecem a autonomia dos idosos longevos, por não considerá-los capazes de cuidar da própria saúde.

A utilização de metodologias que favorecem a participação e o incremento do poder técnico e político das comunidades, como os círculos de cultura, vão ao encontro da proposta da promoção da saúde. Nesta perspectiva, podem facilitar a aproximação dos profissionais e usuários, na qual ambos são considerados sujeitos podem favorecer o caráter educativo e preventivo nos grupos (ALVES, BOEHS, HEIDEMANN, 2012).

Os profissionais de Enfermagem acreditam que os grupos de idosos podem contribuir para o cuidado, em uma abordagem multiprofissional.

*O que a gente pretende é montar um grupo de idosos na unidade, multiprofissional. O ideal seria ter um médico geriatra para acompanhar, coisa que a gente não tem, nutricionista, educador físico. Para estar orientando alimentação, cuidado com quedas, o autocuidado tem alguns que não conseguem fazer, tem um autocuidado prejudicado. E até mesmo para eles fazerem a terapia ocupacional também. (E 3)*

Além disso, para os profissionais de Enfermagem, os grupos constituem uma possibilidade para desenvolver atividades com os idosos no intuito de contribuir na autonomia, capacidade funcional e convívio social.

*Acredito que nós precisamos ver a capacidade funcional nessa faixa etária, não só nessa faixa etária, com os idosos em geral. É uma coisa que não vemos o grau de autonomia desse idoso, o que o profissional pode fazer*



*para melhorar a capacidade funcional. Acho que daria para direcionar, acho importante na consulta de enfermagem fazer essa avaliação, e atividades que ajudem eles a melhorar sua autonomia. Essa questão do contato social para esses idosos longevos e todos eles, é muito importante, melhorar o convívio social e investir em atividades que dessem mais autonomia para o idoso. (E 2)*

*Um grupo deles mesmos, para falarem de angústias, uma roda de conversa, uma atividade, alguma coisa que pudesse contribuir para a qualidade de vida deles. Não é saúde só dar remédio, é o geral da vida, o lazer, tudo acaba influenciando na saúde. (AE 4)*

*Já tem as oficinas dos diabéticos, hipertensos, mas não tem uma oficina voltada para o idoso mesmo. Então a intenção seria montar essas oficinas. Para os que têm um pouco mais de dificuldade para o cuidado, trazer as dúvidas deles. Tendo oficina de trabalho manual, vai melhorar a coordenação motora, fazer uma fisioterapia, tem o educador físico também, pode fazer um pouquinho de atividades com eles, um alongamento, melhora as dores. A gente quer fazer multidisciplinar, não é só a enfermagem dando palestras sobre o cuidado. (E 3)*

*Falta nas unidades mais atividades, grupos de terceira idade, fazer uma roda de conversa para a família também interagir, eles vêm junto, para conseguir unir, porque às vezes a família tem tanta coisa para fazer, e às vezes seria um jeito de trazer eles também. Música, todo mundo gosta de música, é um atrativo, teatro também, sei lá, criar alguma coisa, um grupo de teatro. (AE 3)*

Conforme mostrou uma pesquisa qualitativa participativa, em um município do sul do Brasil, os grupos de saúde existem, em parte, pelo cumprimento das normas e rotinas impostas pela ESF, estão voltados às doenças e utilizam metodologias tradicionais, (ALVES, BOEHS, HEIDEMANN, 2012).

De acordo com os participantes do estudo *op. cit.*, os aspectos positivos dos grupos são as trocas de experiências, estabelecimento de amizades, estímulo à reflexão, ampliação do círculo social e melhora da qualidade de vida. Para os usuários, é preciso ampliar a divulgação e realizar atividades lúdicas, como esportes coletivos e canto. Para os profissionais, o grupo serve como forma de orientação para a prevenção de doenças e melhora da qualidade de vida.

Para os profissionais de Enfermagem, a responsabilidade familiar e as orientações são essenciais para o cuidado à saúde dos idosos longevos. Embora os profissionais de Enfermagem valorizem a prevenção de doenças entre as pessoas mais jovens, essa é pouco enfatizada nas práticas da UBS. A ênfase são as orientações quanto a alimentação, medicamentos, quedas e autocuidado, embasadas no modelo biomédico.

### 5.2.6 Domínio e Taxonomia Cultural 6 – Serviços de saúde e práticas que fazem bem: utilizados para o cuidado à saúde pelos idosos longevos

No Quadro 17, são destacados os termos incluídos que servem para o cuidado à saúde segundo os idosos longevos e no Quadro 18, a respectiva taxonomia.

<b>Termos incluídos</b>	<b>Relação semântica</b>	<b>Termo coberto</b>
Buscar serviços de saúde Práticas que fazem bem Evitar coisas que fazem mal Trabalho	é utilizado para o	cuidado à saúde pelos idosos longevos

QUADRO 17 - DOMÍNIO CULTURAL 6 – SERVIÇOS DE SAÚDE E PRÁTICAS QUE FAZEM BEM: UTILIZADOS PARA O CUIDADO À SAÚDE PELOS IDOSOS LONGEVOS. CURITIBA, 2013

FONTE: O AUTOR (2013)

Buscar serviços de saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>- consultas</li> <li>- exames</li> <li>- medicamentos</li> </ul>
Práticas que fazem bem	<ul style="list-style-type: none"> <li>- tomar o remédio certo</li> <li>- boa alimentação</li> <li>- higiene</li> <li>- felicidade, alegria</li> <li>- conversar</li> <li>- tomar chá</li> <li>- exercícios</li> <li>- andar direito</li> <li>- práticas religiosas</li> <li>- zelar pela família</li> </ul>
Evitar coisas que fazem mal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- se incomodar</li> <li>- se precipitar</li> <li>- abusar</li> <li>- fazer o mal</li> <li>- se resfriar</li> <li>- exercícios</li> <li>- solidão</li> <li>- não levar tombo</li> </ul>
Trabalho	<ul style="list-style-type: none"> <li>- o salário é pouco</li> <li>- manter as despesas</li> <li>- ajudar a família</li> </ul>

QUADRO 18 - TAXONOMIA 6 – SERVIÇOS DE SAÚDE E PRÁTICAS QUE FAZEM BEM: UTILIZADOS PARA O CUIDADO À SAÚDE PELOS IDOSOS LONGEVOS. CURITIBA, 2013

FONTE: O autor (2013)

Para os informantes longevos, a procura pelos serviços de saúde é utilizada para o cuidado à saúde. Desta forma, os longevos vão para a UBS procurar recursos, como consultas e medicamentos, para eles ou para familiares.

*Venho me consultar, semana que vem venho trazer uns exames que fiz. E como os meses foram correndo, não esperei vir só agora, já fiz tudo particular. A filha marcou para mim e fiz, senão tenho que morrer? E agora venho entregar tudo, e vou falar para a doutora: a senhora me deu isso aqui, mas se fosse ir atrás do que a senhora mandou fazer, eu teria morrido. Fui lá e ele me mandou uma chapa e já me disse na hora: é a coluna. Já fui fazendo o que ele me mandou fazer. A coluna está torta, tenho bico de papagaio. Se fico de pé o dia inteiro não me incomoda, mas sentada sim. Só isto, se fico sentada demais eu endureço, parece que me dói. Vim aqui me mandou fazer um monte de exames, um ficou pronto no fim do ano, outro em janeiro. E a consulta veio agora em abril, mas o que é isso? (Idosa Longeva 1, 82 anos)*

*Eu procuro recursos para a minha família, para a minha esposa e os filhos. Estou direto aqui, mas procurando recurso para eles. Para mim mesmo não procuro quase nada aqui. Agora que me deu uma dor no pescoço e procurei a consulta aqui, estou tratando. (Idoso Longevo 4, 84 anos)*

Os medicamentos, que os informantes denominam remédios, são utilizados para o cuidado à saúde. Entretanto, ressaltam que é preciso tomá-los de forma correta, de modo contrário, poderão prejudicar a saúde.

*Tem pessoas que vêm, não está se sentindo bem, mas às vezes toma remédios descontrolados, não presta atenção e não toma na hora certa. Porque tem pessoas que às vezes esquece-se de tomar aquele remédio e toma de novo, acha que não tomou. Nós próprias temos que ter esse cuidado, porque a gente vem na unidade de saúde e o médico nos examina, prescreve a receita do remédio e a gente vai para casa e tem que tomar muito cuidado na hora de tomar, até marcar em um papel para não esquecer o horário que tomou, para não tomar duas, até três vezes, aí fica mal. Nesse ponto sou muito cuidadosa, porque não tem um remédio que não leio a bula primeiro, e depois tomo. Até marco também, para não esquecer, se é para tomar à noite, vou tomar à noite direitinho do jeito que está escrito na receita. Mas eu sou muito precavida a respeito de remédio, para falar a verdade eu nem gosto muito de tomar remédios. Tomo os remédios só o necessário. Eu evito. (Idosa Longeva 2, 82 anos)*

*Tomar o remédio certo, se cuidar também um pouco, não se resfriar, não beber coisas fora do normal. A comida também, podendo fazer uma dietazinha é melhor, comer menos carne vermelha, mais carne branca. (Idoso Longevo 1, 87 anos)*

*Para cuidar da nossa saúde, é não se incomodar, cuidar da alimentação, o tratamento no posto e tomar certo os remédios. Qualquer problema que tem, às vezes tem problema na família, quando vê, aparecem os problemas. Não se alterar, ficar nervoso, alterado, aquilo é um mal que faz para a gente. (Idosa Longeva 5, 82 anos)*

As práticas de vida voltadas para a saúde, doença e o cuidado dos hipertensos acompanhados por equipes de saúde da família destacaram a alimentação, manter o equilíbrio emocional e terapia populares, embasados em saberes científicos. Como estratégias de cuidado utilizam atividades para manter a mente ocupada, diversão e entretenimento, sentimentos positivos, entre outras (SILVA *et al.*, 2013).

O cuidado à saúde dos idosos longevos engloba as ações que afetam a saúde de forma positiva referidas por eles e foram agrupadas nesta taxonomia entre as práticas que fazem bem. Por outro lado, o cuidado à saúde dos idosos longevos também acontece quando evitam o que pode lhes fazer mal.

Os idosos em situação de incapacidade e pobreza na Comuna 9, Colômbia, conforme observaram Herrera e Posada (2010), fazem ou deixam de fazer coisas para cuidar da saúde. Entre o que fazem, está ir ao médico quando se sente mal, tomar remédios para sentir alívio, rezar a Deus e aos santos e também, a preocupação com o entorno físico para ter à mão o que precisam para cuidarem-se. Por outro lado, eles evitam as trocas de frio e calor, cair, preocupar-se e comer o que acreditam que possa fazer mal.

Na sequência estão detalhados os discursos que mostraram as ações utilizadas pelos longevos que afetam a saúde, como a boa alimentação:

*Uma boa alimentação pode ser uma alimentação simples, mas que seja bem preparada, bem limpa, tanto as verduras como as frutas, tem que observá-las bem na hora que vai comer. Se a fruta estiver estragada, não se alimentar. Isso também é muito importante, a higiene, tudo isso faz parte da saúde, viver feliz, conversar, ter bons momentos da vida, alegria. (Idosa Longeva 2, 82 anos)*

*Conforme o alimento afeta a saúde, por exemplo, se você come fora de horário à noite e deita, afeta a saúde, já prejudica o estômago. Não pode estar comendo qualquer coisa, qualquer horário, não pode passar muito do horário, mas também não pode abusar, comer bastante frutas. (Idosa Longeva 3, 87 anos)*

*A gente tem o costume lá do Rio Grande e descuida um pouco da comida. É comida gordurosa, carne temperada, aqueles temperos. E agora chega um tempo e o médico proíbe tudo isso. Não pode comer exagero na comida. É tudo comida leve, sem sal, coisa que eu nunca usei na vida e agora o médico disse: tem que comer comida sem sal. Proibiram-me. (Idosa Longeva 5, 82 anos)*

*Às vezes comer muita gordura pode entupir alguma veia, o sal também pode causar algum problema. Muito doce também pode causar diabetes, então se evitar o máximo que puder, está se cuidando. (Idoso Longevo 4, 84 anos)*

Os exercícios físicos podem tanto servir ao cuidado à saúde como também, serem evitados pelos longevos por provocarem dores. Uma longeva explicou que não pode andar muito, mas faz alongamentos.

*Faço exercícios quando levanto, faço bastante exercícios, em casa mesmo, na cama eu já faço exercícios, alongo os braços e levanto e faço exercícios. Eu fazia muito exercício lá na vilinha, mas agora, como tenho varizes, não posso estar andando muito, então deixei. É meio longinho para ir a pé andando para lá, então eu parei de fazer, mas faço em casa os mesmos exercícios. Alongamento, só alongamento que eu faço. (Idosa Longeva 3, 87 anos)*

*Não é para caminhar muito, mas eu caminho, para atender uma coisa e outra, mas eu fico ruim que nossa. Faz mal para o coração, para a dor, a artrose que tenho nas pernas. Sinto dor. (Idosa Longeva 5, 82 anos)*

Um longevo ressaltou que não fica muito tempo parado e os exercícios são parte do cotidiano dele.

*O que eu faço é não ficar parado, sentado vendo televisão muito tempo, eu acho ruim. Então eu tenho que sair, ir lá na rua, no portão, ver se eu acho um lá para conversar, para ver se passam aquelas horas. Gosto muito da televisão, a hora, por exemplo, do terço, fico sentado ali, mas terminou já estou saindo. Faço o almoço, café, lavo a calçada suja. Tem que lavar, pegar o vap e lavar todinha para ficar limpinha, é uma higiene para a saúde da gente, tem que desinfetar onde os cachorros dormem. É um exercício que estou fazendo. Vou à minha hortinha, planto uma cebolinha, uma alface, um jiló, uma couve, para comer. Isso eu não vou pegar no mercado. Tem umas roseiras lá, estou plantando uma rosa, tem aquelas que saem o botão. Na frente da minha casa tem a grama, então eu gosto de podar ela bem podadinha, faço aquela grama ali. (Idoso Longevo 3, 88 anos)*

Os chás são utilizados pelos longevos para o cuidado à saúde. Uma longeva explicou que um médico receitou o chá e depois, ela conseguiu as sementes da planta com os vizinhos e plantou em casa.

*Agora uma coisa que me ajuda é tomar chá. Eu tomo chá de camomila bastante e tomo também o chá de erva São João. Foi um médico que me receitou esse remédio, porque eu estava com reumatismo e estava crescendo as juntas e dava aquelas fincadinhas lá no meio dos dedos, então eu fui num posto e tomei três meses esse remédio, acredita que sarou? Esses dias começou me doer o braço, tomei o chá e já está bem melhor. Peguei a semente e plantei no meu quintal. Todo o dia eu vou lá e pego umas folhinhas, escaldo numa xícara e tomo. Eu fui procurar para os vizinhos quem tinha essa erva. A gente compra nas farmácias, mas eu gosto de apanhar o chá e fazer bem fresquinho. A camomila é para tudo, diz que até para gripe é bom, é calmante, tudo. A camomila é comprada, aqui não tem daquela camomila branca que é boa. Eu tomo sem açúcar, a gente evita para não engordar, porque açúcar faz engordar. (Idosa Longeva 3, 87 anos)*

Entre as terapias populares, a utilização de plantas medicinais é frequente nas situações de doença e para a manutenção da saúde. Tais terapias são baseadas em experiências empíricas adquiridas ao longo da vida e repassadas entre os membros da família. Também são utilizadas em combinação com terapias profissionais, como o uso de medicamentos (SILVA *et al.*, 2013).

Os conhecimentos a respeito das plantas medicinais, como as propriedades terapêuticas e formas de utilização, são autênticos do saber popular, tradicionalmente utilizado na família e socializado nas relações com os vizinhos e na comunidade. A mulher é considerada detentora de muitos desses conhecimentos, relacionado ao seu papel de cuidadora na família e adota maneiras de cuidar herdadas dos ancestrais (CEOLIN *et al.*, 2011).

A família para os informantes longevos é valiosa e por isso, zelar por ela também é um cuidado para eles. Conforme descrevem os longevos abaixo, a preocupação com os familiares:

*Zelo pela minha mulher, faço a comida para ela, compro o que ela quer. Isso que é importante para mim. Quando os filhos estão para chegar do serviço, estou preocupado com eles. Tenho uma nora que trabalha de noite, outro também que trabalha e se passa do horário fico preocupado, vou até o portão para ver se ele está chegando. Tenho uma filha que é doméstica, ela trabalha, então fico esperando também a hora que ela chega. Ela tem um cachorrinho, sabe, e o cachorro a fareja lá na rua já. E quando o cachorrinho está latindo, eu sei que ela está chegando a casa. (Idoso Longevo 2, 81 anos)*

*Se puder ajudar a família, a gente ajuda, quando não é ajudado, fazer o quê, mas também não faz o mal. A gente procura o que é de melhor, procura falar bem, orientando a pessoa e às vezes a pessoa fica irritada, acha que a gente não está certo, que a gente está errado. Porque família hoje em dia não é como antigamente não, chamam a gente de você, o próprio filho ou filha, mas isso a gente não liga. Procura sempre dar uma orientação para a pessoa, porque eu não tenho estudo, mas se está indo para o caminho errado, poderia ir para outro caminho. (Idoso Longevo 3, 88 anos)*

*Eu tenho cinco filhas, domingo voltei dez horas da noite da casa dela, eu vou daqui às vezes se a guria está boa já fica incomodando porque a neta está terminando o curso de direito mas é longe onde ela faz a faculdade. Então é a vida da gente. Os netos se chegam fora de hora, fica só ela e Deus em casa, duas casas para ela cuidar. Para dizer para você, eu me incomodo com meu filho, se cai um neto doente me largo longe, mas essa catarata na vista me incomoda. (Idosa Longeva 4, 81 anos)*

*Eu me sinto satisfeito, porque eu tenho um casal de filhos e quando eles casaram um dia se juntaram lá em casa e começaram essa conversa, quando um ficar sozinho com quem fica e o meu filho já disse: fica com a Ana. Então estou com a Ana. Tenho duas netas que ainda não são casadas, as outras já casaram, já tenho bisneto. O meu genro vai trabalhar,*

*ele é motorista, viaja com ônibus para São Paulo e eu fico com a filha em casa. As netas vão trabalhar e eu fico com a minha filha em casa. (Idoso Longevo 1, 87 anos)*

Para cuidar da saúde, os idosos longevos procuram fazer o bem, ajudar as pessoas e não fazer o mal. Isso, nas palavras de um longevo, é andar direito.

*Procuro andar direito, fazer as coisas certas, porque se faz errado, dá tudo errado. É difícil homem que anda direito hoje em dia. Andar direito é não fazer o mal para o próximo e procurar ajudar, mas se não pode ajudar com dinheiro porque não tem nada, procuro dar uma informação. Então procuro andar certo, falar com as pessoas para o bem. Procuro sempre a coisa melhor, não deixar a pessoa irada, andar direito em todo o setor. No momento estou querendo andar mais certo, mais direito, porque eu andei errado, vou falar a verdade. Procuro melhorar o meu procedimento de fazer as coisas certas. (Idoso Longevo 3, 88 anos)*

*Não minto para ninguém, porque Cristo disse: “com ferro fere, com ferro será ferido”, e eu não minto, mais tarde outro engana a gente. Fazer o bem e nunca fazer o mal, Deus me livre. Só me pego com Deus. Se Deus é por nós, quem será contra nós, me diga? O nosso pai está lá em cima, o médico especial nosso é Jesus. (Idosa Longeva 4, 81 anos)*

As práticas religiosas, como orar a Deus, ler a Bíblia e ir a Igreja estão entre as que fazem bem para os longevos.

*Eu oro muito para Deus. Peço muito para Deus me dar força para não desanimar, ter coragem e enfrentar. Na Bíblia já li: não tenha medo de nada, tenha fé. A fé talvez é que cure a doença que às vezes a gente pensa que tem. Então sou muito fervorosa, oro muito, confio muito em Deus, que Ele preserve a minha saúde. Aquela fé que a gente tem, aquela devoção, ajuda muito na nossa saúde, mas nós aqui na Terra temos que fazer a nossa parte. Tem que ser persistente, porque se você parar é como o barco no mar, se você abandonar, o barco afunda. Tem que ser muito corajosa para enfrentar o que vier pela frente. Pertence à vida, nunca desanimar, ter força, coragem, não ser medrosa, e seguir em frente, porque nós estamos vivas. Então isso faz parte da saúde, se você ficar desanimada, o desânimo toma conta do teu corpo e você não tem vida, a tua vida fica apagada. E nós temos que ter a nossa vida iluminada. (Idosa Longeva 2, 82 anos)*

*Eu gosto de ler a escritura, a Bíblia sagrada, e duas, três vezes por semana, vou à igreja. E a minha vida é assim. A gente tem aquele prazer em ir, distrai a memória, conversa com um, com outro. Na semana passada nós tivemos um jubileu de cinquenta anos da igreja e foi uma festa a semana inteira e a gente se sentiu com prazer. (Idoso Longevo 1, 87 anos)*

Existe estreita relação entre a fé e a saúde mental, pois essa contribui se adaptar às dificuldades e alimenta a esperança e desta forma, ler a Bíblia é bom para o espírito e a mente (SILVA *et al.*, 2013). A fé religiosa constitui estratégia para

o enfrentamento de problemas e do sofrimento e se revela nas maneiras de pensar e de viver das pessoas idosas (MORAES, 2012).

Desta forma, as práticas religiosas podem beneficiar a saúde das pessoas em todas as idades e são valorizadas pelos idosos longevos. Para os longevos, conforme também observado por Betioli (2012), os aspectos constituem parte das práticas de cuidado à saúde que foram aprendidas com os antepassados e exercidas ao longo da vida. Neste sentido, a religiosidade assume uma conotação de alicerce na vida dos longevos. Segundo Willig (2012), essa é a força propulsora que dá sentido à vida dos longevos e oferece suporte em momentos de sofrimentos.

Para cuidar da saúde, os idosos longevos evitam o que a prejudica, como pegar friagem. As ações para evitar friagem são aprendidas e ensinadas na família.

*Cuidado à saúde é procurar as coisas que não façam mal. No meu ponto de vista, está cuidando da saúde, evitando pegar uma gripe, evitando outros problemas. O mais importante para cuidar da minha saúde é não pegar friagem e não tomar muita chuva. Se eu sinto uma friagem ataca resfriado, sinto uma surdez, e assim por diante. (Idoso Longevo 4, 84 anos)*

*Não pegar chuva, não andar à noite para não pegar friagem. Porque tem gente que pega friagem, vai lavar a calçada molha os pés, vai fazer qualquer coisa já está molhando e isso prejudica a saúde. A gente não foi criado assim, se resguardava demais, no meu tempo, nossa! Se pusesse a mão na água quente não podia por na água fria, tinha que ter cuidado, então tem que continuar. Aprendi com a minha avó, minha mãe ensinou algumas coisas para mim, mais foi a avó porque eu não saía da casa dela. (Idosa Longeva 3, 87 anos)*

Além disso, os longevos também desenvolvem cuidados para manter a integridade física, como evitar as quedas dentro de casa e na rua.

*O cuidado é a gente, não se precipitar fazendo as coisas correndo, sair na rua correndo, pegar um ônibus correndo. Tem que ir com calma, raciocinar em primeiro lugar, pela saúde, será que é bom, será que não é. Não se atirar como alguém que se joga num barranco ou num rio. É muito importante que a pessoa não leve tombo, porque um tombo pode deixar a pessoa parálitica, pode até morrer. (Idosa Longeva 2, 82 anos)*

*O cuidado começa em casa, por exemplo, tapete dentro de casa não pode, porque a gente escorrega e cai, não pode estar subindo em cadeiras. Às vezes casa que tem escada, desce e cai, tudo isso é cuidado. Tem muitos idosos que caem e quebram a perna. Graças a Deus, nunca caí, mas eu tenho um cuidado. Se eu passo pano na cozinha, ando devagarinho. Quando lavo calçada também, não facilito de jeito nenhum, porque é muito perigoso. Não uso tapetes por causa disso, tapetinho pequeno que escorrega, não tenho. Andar na rua com cuidado, não gosto de saltar a rua, prefiro pegar o ônibus e descer ali perto para evitar ter que saltar, assim que faço. Mas eu tomo muito cuidado, é o que eu mais cuido, é com a rua. (Idosa Longeva 3, 87 anos)*



*Hoje eu vim de ônibus porque a minha filha saiu, foi trabalhar de carro e eu vim de ônibus. Eu venho tranquilo, agora não pago passagem. Ainda dá para fazer isso, eu tenho essa bengalinha que me ajuda um pouco, quando vou descer do ônibus pego a bengalinha. (Idoso Longevo 1, 87 anos)*

*Você pode notar eu não tenho segurança nesta mão, antes eu fazia, escrevia. Ele [ônibus] prendeu os dois braços para dentro e a perna, e a outra perna ficou para fora. Fiquei uns 10 minutos presa assim. Ele disse: não interessa se tem 81 anos, a tua família é responsável pela senhora. Eu perdi a mão para tudo, não posso fazer comida, o meu filho sofreu dois derrames, mas um dia vamos arrumar, se Deus quiser. (Idosa Longeva 4, 81 anos)*

Os cuidados para evitar as quedas refletem uma preocupação dos longevos com a manutenção da independência e autonomia. Esses cuidados são enfatizados nas orientações dos profissionais de Enfermagem, aprendidos e, muitas vezes, incorporados pelos longevos nas práticas cotidianas. Esses cuidados reiteram a culpabilização dos indivíduos para os problemas de saúde, uma vez que cair decorre de um descuido, e reforçam o modelo biomédico. Da mesma forma, não há suporte para que as orientações sejam incorporadas, o que fica ao encargo dos sujeitos e não há ajuda financeira para instalarem barras de proteção ou modificar as escadas, por exemplo, nos domicílios.

Uma informante longeva destacou que, para ela, o que faz mal é a solidão e queria ter uma pessoa em casa para ajudá-la nas tarefas cotidianas que ela realiza com dificuldades.

*Sei que tem que ter cuidado na alimentação, na comida, na solidão. Mais é a solidão. Aqui eu me sinto muito bem quando saio de casa, mas é a solidão que mata. Tenho poucos filhos que moram aqui perto e trabalham, também têm problemas na família. Não quero incomodar eles, tenho dó, o que eles podem me ajudar, ajudam. No domingo eles vão cuidar da família deles e uma coisa e outra e a gente fica sozinha. Já lutei para arrumar uma conhecida, gente para parar na casa, mas tenho medo de pessoas que eu não conheço. Encontrei, mas quer ganhar uma barbaridade e eu não posso pagar. (Idosa Longeva 5, 82 anos)*

O trabalho como fonte de renda para as despesas próprias e da família e para ajudar a família nos serviços domésticos, foi interpretado como um cuidado à saúde para os idosos longevos.

*Trabalho ainda com essa idade, porque o salário é muito pouco, o que eu ganho dá para quebrar o galho. Vendo as coisinhas, compro, faço bico como se diz. Cheguei a vender uma faca aqui para a funcionária e uma pedra de afiar, vendi para eles aí, já recebi. Tem outro também que estou*

*querendo vender uma faca e uma pedra, de duas faces. (Idoso Longevo 3, 88 anos)*

*O trabalho não é bom, mas se a gente tivesse um salário bom não precisava sair de casa, se aborrecesse dava uma saidinha. Mas eu tenho que trabalhar, o salário mínimo é muito pouco para minha despesa, gasto tudo o que ganho. Encaixei-a [a esposa] também numa aposentadoria de doença, é um salário, mas não chega. Tenho que trabalhar aqui, vendendo uma pipoquinha e daí dá para manter a vida, se não fosse isso, não chegava. O que eu faço é só para manter a despesa. Tem um resto de construção para fazer em casa mas está tudo parado, não sobra nada. (Idoso Longevo 4, 84 anos)*

*Não deixo de ir em parte nenhuma, não deixo de trabalhar. Tem um filho meu que tem uma reciclagem, eu vou lá, trabalho, pego uma enxada e faço. Vou das 6 da manhã até 9 da noite e fico lá junto com ele. Na casa da minha nora, lavo, passo, cozinho, cuido dos meus sobrinhos. Eles vêm para casa de meio-dia, dou de comer, faço tudo isso. E lavo a louça e limpo a casa deles, como se fosse meu. Não tenho nem tempo de sair. Meu ordenado você pensa que eu tenho alguma coisa? É tudo para eles, para os netos. É colégio, é ônibus, eu não me importo. (Idosa Longeva 1, 82 anos)*

*Eu não tenho o que fazer, eu não faço nada, só como e durmo. Eu gostaria de trabalhar na horta, mas não tem horta onde eu moro. Eu me criei na lavoura, tinha de tudo em casa, agora aqui tem que ir ao mercado buscar. Eu tenho uma cachorrinha e cuido da cachorrinha, dou de comer para ela, dou banho nela, é um amor de uma cachorrinha, até entende o que a gente fala. Quando ela entra na cozinha, eu digo: o lugar teu é lá fora, e ela vai. (Idoso Longevo 1, 87 anos)*

O trabalho é ao longo da vida um valor que permite ser e estar no mundo. Desta forma, a perda das habilidades produtivas diminui a autonomia e produz dependência (SORIANO, LÓPEZ-DÍAZ, 2010). Entretanto, quando os idosos continuam trabalhando até idades mais avançadas, a despeito de dificuldades físicas, está ligado às necessidades econômicas e ao suporte à família. Conforme WILLIG (2012), a maioria dos idosos subsiste com um a dois salários-mínimos ao mês e o trabalho após a aposentadoria é visto como necessidade.

Para cuidar da saúde, os idosos longevos utilizam saberes científicos que aprenderam com os profissionais de saúde na UBS e reproduziram as orientações de Enfermagem como os cuidados com a alimentação, medicamentos e quedas. Além disso, os saberes populares que foram repassados de geração em geração, como as práticas religiosas, evitar a friagem e os chás, são utilizados pelos idosos longevos.

De forma semelhante ao mencionado pelos profissionais de Enfermagem, a família tem um papel central no cuidado à saúde para os idosos longevos. Os idosos longevos zelam pela família e desenvolvem ações no cotidiano para sustentá-la,

como o trabalho, serviços domésticos e atenção aos mais jovens. A dessemelhança reside na questão de que eles continuam apoiar a família mesmo com o avanço da idade.

#### 5.2.7 Domínio e Taxonomia Cultural 7 – Possibilidades e desafios: maneiras de cuidar da saúde dos idosos longevos, segundo os profissionais de Enfermagem

Neste domínio e taxonomia cultural são destacados os discursos dos profissionais de Enfermagem que mostraram maneiras de cuidar da saúde dos idosos longevos. No Quadro 19, constam os termos incluídos segundo os profissionais de Enfermagem e no Quadro 20, a taxonomia cultural.

<b>Termos incluídos</b>	<b>Relação semântica</b>	<b>Termo coberto</b>
Cada caso é um caso Cuidado integral ESF	é uma maneira de	cuidar da saúde dos idosos longevos

QUADRO 19 - DOMÍNIO CULTURAL 7 – POSSIBILIDADES E DESAFIOS: MANEIRAS DE CUIDAR DA SAÚDE DOS IDOSOS LONGEVOS, PELOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM. CURITIBA, 2013  
FONTE: O autor (2013)

Cada caso é um caso	- dificuldades - preferências - capacidade - situação
Cuidado integral	- abrangente - autocuidado supervisionado - eles querem cuidar da própria saúde - não tem mais sentido se cuidar
ESF	- levar mais a sério - atendimento no domicílio - diferenciar o cuidado com os idosos - acesso a saúde - prevenção

QUADRO 20 - TAXONOMIA 7 – POSSIBILIDADES E DESAFIOS: MANEIRAS DE CUIDAR DA SAÚDE DOS IDOSOS LONGEVOS, PELOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM. CURITIBA, 2013  
FONTE: O autor (2013)

Para falar do cuidado à saúde dos idosos longevos, os profissionais de Enfermagem remetem a uma especificidade de cada pessoa. Há uma variação, conforme a situação, as dificuldades que apresentam, preferências pessoais e capacidades físicas.

*Tudo depende de um idoso para o outro, de qual é a dificuldade. É bem específico, é conforme a situação, é muito ampla essa questão, depende de cada caso. Se for um idoso que tem carência afetiva, se não está tomando a medicação corretamente, é um idoso que não consegue se movimentar, precisa de um apoio. (E 1)*

*É variável, conforme cada um. Tem pessoas que fazer um passeio uma vez por semana já é uma grande coisa, sair de casa, porque tem uns que nem saem de casa. E existem outros que não, que gostam de carpir quintal. Tem pessoas que não suportam mexer no quintal, gostam de ficar o dia inteiro na frente da televisão. Cada idoso, cada pessoa tem uma coisa que gosta de fazer. (AE 5)*

*Depende muito, porque tem 85, 90 que está super bem e tem paciente com 60, 70 que, infelizmente, está impossibilitado de fazer muitas coisas, então vai muito de cada um. Envolve tudo, porque tem pessoas com 90 e tantos anos que podem andar, caminhar, fazer exercício físico, dançar, tudo. Tem pessoas abaixo disso que não têm condição de desenvolver uma atividade física, sair sozinho. (AE 7)*

Deste modo, há uma tendência em adequar o cuidado de acordo com as individualidades e particularidades, o que vai ao encontro da heterogeneidade cultural. Segundo Geertz (2001, p. 193), a heterogeneidade cultural pode ser amplamente constatada e visualizada e “num mundo estilhaçado, devemos examinar os estilhaços”. O autor afirma que o emaranhado de semelhanças e diferenças formados pelas culturas podem ser apenas parcialmente discernidas e propõe a apreensão das variações e particularidades contidas em cada caso.

As pessoas idosas não são um grupo homogêneo e por isso, há premência em romper com práticas homogêneas centradas nos aspectos biológicos e deficiências (SORIANO, LÓPEZ-DÍAZ, 2010). De forma semelhante, se reconhece apreender as diferenças e conhecer cada caso para o cuidado à saúde das pessoas idosas longevas.

De acordo com os profissionais de Enfermagem, para cuidar dos idosos longevos é preciso conhecê-los, saber como é a vida cotidiana deles e a convivência na família.

*Tem que ser visto o ambiente de cada um, o convívio com a família, como vive, como não vive, o dia a dia desse idoso, para incluir ele em algum programa de tratamento e atividades que ele possa ter uma convivência melhor com a sociedade e com a família. Tem que saber um pouco mais de cada um para saber o que poderia melhorar para cada um deles. Se a gente não conhece o dia a dia do idoso, não tem como. Conhece que ele vem aqui às vezes na consulta, mas não sabe o dia a dia dele, a convivência com a família, como está sendo tratado em casa, o que poderia ser melhorado para ele. (AE 7)*

Os profissionais de Enfermagem acreditam que as ações integrais vão além dos cuidados para as patologias específicas e envolvem o autocuidado.

*Os grupos específicos não são muito legais para o idoso, só vir para o grupo de hipertensos, só vir para o grupo de diabéticos. Teria que ser uma coisa que englobasse um pouquinho de tudo, porque o idoso não tem só hipertensão, só diabetes, ele tem várias comorbidades associadas. Então fazer atividades que só tratem de uma patologia, para o idoso não vai ter muito efeito. Vai dar todas as orientações para hipertensão, mas ele tem outras coisas que está precisando, você vai esquecer as outras coisas? (E 2)*

*Realmente eles [os longevos] precisam de um cuidado integral. Não precisa desenvolver as atividades por ele, mas um autocuidado supervisionado. Então ele não pode esquecer-se de tomar o remédio, tem que ter alguém cuidando para ver se ele tomou, se está se alimentando, todo idoso longo precisa ser observado. Não digo fazer as atividades por ele, pelo contrário, ele tem que fazer as atividades dele, mas tem que ser sempre observado por outra pessoa. (E 1)*

Eles dão importância a que o próprio idoso cuide de sua saúde, porém reconhecem que algumas vezes há limitações e a necessidade de auxílio. Essas limitações não são iguais para todos e o nível de dependência varia entre as pessoas idosas.

*Hoje no cuidado eles estão mais independentes. Então, principalmente na nossa unidade você vê que os idosos são bem independentes, moram sozinhos, eles querem cuidar da própria saúde. Ontem nós tivemos o caso de uma idosa que precisava encaminhar para o 24hs e não tinha nenhum familiar. Ela não tem filhos, o único familiar que tem é uma sobrinha que vem visitá-la de vez em quando, então não tinha, é bem difícil. Mas para o cuidado eles estão bem, aqueles que conseguem entender bem. (E 3)*

Ao atribuírem valor ao autocuidado e a independência dos idosos, os profissionais de Enfermagem reconhecem a autonomia deles para cuidar da própria saúde. Isso se aproxima ao cuidado, pois conforme Roselló (2009), o cuidar envolve estar junto e ajudar na realização de projetos pessoais, em oposição a determinar alguém ou privar-lhe da liberdade.

O conceito de autonomia utilizado pelos profissionais de Enfermagem pode implicar de forma positiva ou negativa na saúde dos idosos longevos. Segundo Mars *et al.*, (2008), uma pessoa é considerada autônoma quando molda ativamente sua vida, em oposição ao conceito negativo que se refere a não interferência.

O conceito positivo de autonomia oferece potencial para o cuidado, pois neste sentido, promover a autonomia dos idosos longevos melhora a

correspondência ao que eles desejam para o cuidado à saúde deles e para suas vidas. No entanto, os profissionais de Enfermagem também mencionaram limites desta autonomia, como nos casos em que os idosos desanimam e deixam de cuidar da saúde.

*Com sessenta eles ficam sozinhos, não tem mais sentido de se cuidar. Ontem eu fiz curativo em um ali e ele tinha setenta e pouquinho, eu falei: você tem família? Não tem ninguém, e ele disse: não adianta, agora a vida é assim, meu filho já largou e o mundo está diferente. Parece que desanimam, sabe. (AE 4)*

*Como tinha um idoso que já é falecido, faleceu no ano passado, mas ele adorava mexer no quintal, então sempre trazia sacolada de laranja para a gente do pomar dele e era muito querido. Estava com o pé diabético e não se cuidava muito e faleceu também em virtude da diabetes que começou a complicar e depois surgiu um câncer. Ele não era muito de se cuidar, tomava medicação, mas algumas coisas ele não cuidava. Pelo que a gente percebeu e a filha falou, ele meio que se entregou depois que a doença começou a ficar avançada. (AE 5)*

Os profissionais de Enfermagem destacaram em seus discursos também algumas maneiras dos familiares cuidarem dos idosos longevos. Contudo, relataram situações de descuido, em que os idosos comparecem sozinhos à UBS, apresentam dificuldades por problemas físicos ou cognitivos e não possuem uma pessoa para acompanhar ou cuidar no domicílio.

*Cada um tem seus problemas particulares, cada um tem uma família e as famílias são diferentes, alguns dão mais atenção, outros não dão nenhuma. Às vezes o idoso fica jogado em casa, nem tem uma patologia que deixe ele em casa, mas o próprio sistema da família, o psicológico desse idoso, de forma que ele não consegue nem sair de casa, desenvolver nada e nem conviver. (AE 7)*

*Ontem eu fiz curativo em um ali e ele extremamente sozinho, parece que se separou da mulher, pelo pouco que conversei com ele, os filhos já estão vivendo outra vida, até reclamou, disse assim: nem perguntam se eu melhorei da gripe. Nem se incomodam com ele, mas ele diz: agora o mundo é moderno, é assim, a gente tem que viver. Triste. Essa faixa etária geralmente eles estão sozinhos, não têm acompanhante, não sabem nem o que estão fazendo. Essa parte já é mais difícil de compreensão, então acho que deveria ter uma pessoa, um acompanhante, os filhos são obrigados a ficar com os pais. O que eu vejo, dificilmente tem alguém que cuide, ou quando tem é o cuidador. (AE 4)*

Deste modo, ressalta-se que as maneiras de cuidar são permeadas por aspectos culturais, no entanto, a literatura aponta o descuido como uma das consequências mais dramáticas da globalização, o qual se reflete no abandono de crianças e idosos. Embora tenha havido melhora na vida cotidiana e

nas condições de saúde em todo o mundo, aumentaram a pobreza, as desigualdades, destruição do meio ambiente e as doenças. Trata-se de um processo econômico, social e cultural de âmbito global estabelecido no final do século XX. Esse tem conduzido a uma crise civilizatória generalizada, o esvaziamento de valores como a generosidade e solidariedade e o distanciamento da alteridade e desvelo que correspondem ao cuidado (MALVAREZ, 2007).

A ESF é vista como uma mudança na maneira de cuidar da saúde dos idosos longevos, embora ainda não houvesse sido totalmente implantada no período de realização deste estudo. Para os profissionais de Enfermagem essa foi referida como uma possibilidade de melhoria no atendimento aos idosos longevos e à população em geral.

*Aqui é uma unidade básica que agora vai virar ESF, então esse cuidado com o idoso vai se diferenciar. Vai poder ir o médico, a enfermeira e um auxiliar no endereço daquele paciente e orientar os familiares sobre o cuidado, sobre úlceras por pressão, para que o familiar aprenda a cuidar. Vai ter mais controle também, acho que vai ser bem melhor. Não só para os idosos, tem crianças também. (AE 2)*

*Espero que agora, com essa mudança da saúde da família, eles farão os atendimentos em casa, conhecer melhor o ambiente familiar de cada um, para que possa sugerir ou providenciar um tratamento ou uma melhora de vida para cada um deles. (AE 7)*

*Mas a unidade virando ESF, acho que vai ser levado mais a sério, vai ter mais cuidados, não só com os idosos, mas com outros pacientes também, os diabéticos, hipertensos, de um modo geral. Então antes a gente procurava atender, seguia uma programação, mas de uns tempos para cá, a gente não consegue, por falta de funcionário, as enfermeiras estão com muitas atividades e não conseguem fazer. (AE 5)*

Além disso, a implantação da ESF na UBS é uma esperança de melhoria nos recursos e no acesso da população à saúde, inclusive para a prevenção, conforme o discurso do informante:

*A gente espera que as pessoas tenham melhor acesso à saúde para a prevenção, uma medicina preventiva. Que as pessoas venham à unidade e terão alguma atividade, uma palestra, vão pegar medicação, se tem que marcar exames vai marcar, se tem exames o médico já vai ver na hora, e não demorar meses para conseguir uma consulta. Porque essa questão de todo o dia está cheio o posto de gente querendo consulta, a gente não sabe se a pessoa está precisando, ou só quer pegar um atestado e às vezes está tirando vaga de alguém que está realmente precisando. É para ter mais médicos, mais enfermeiras, então é para melhorar. (AE 5)*

Este domínio mostrou aspectos das maneiras de cuidar da saúde dos idosos longevos na perspectiva dos profissionais de Enfermagem. Para eles, o cuidado aos longevos requer abarcar variações e diferenças e ressaltam a autonomia do idoso para realizar o próprio cuidado à saúde. Essa fica prejudicada quando os idosos não se cuidam ou quando a família não assume a responsabilidade pelo cuidado ao idoso. As maneiras de cuidar são construídas pelos profissionais de Enfermagem na integração de saberes científicos no cotidiano da UBS com as experiências vividas.

#### 5.2.8 Domínio e Taxonomia Cultural 8 – “O idoso mesmo se cuida”: maneiras de cuidar da saúde para os idosos longevos

No Quadro 21, são listados os termos incluídos que revelaram maneiras dos idosos longevos cuidarem da saúde e em seguida, no Quadro 22, a taxonomia cultural.

<b>Termos incluídos</b>	<b>Relação semântica</b>	<b>Termo coberto</b>
Eu não me cuido O idoso mesmo se cuida Tenho muita fé em Deus	é uma maneira de	cuidar da saúde para os idosos longevos

QUADRO 21 - DOMÍNIO CULTURAL 8 – “O IDOSO MESMO SE CUIDA”: MANEIRAS DE CUIDAR DA SAÚDE PELOS IDOSOS LONGEVOS. CURITIBA, 2013

FONTE: O autor (2013)

Eu não me cuido	- não precisa - não pode - não faz o regime certo - não resolve
O idoso mesmo se cuida	- sujeitos do cuidado - autonomia para o cuidado
Tenho muita fé em Deus	- a vida está nas mãos de Deus - Ele é dono de todas as coisas

QUADRO 22 - TAXONOMIA 8 – “O IDOSO MESMO SE CUIDA”: MANEIRAS DE CUIDAR DA SAÚDE PELOS IDOSOS LONGEVOS. CURITIBA, 2013

FONTE: O autor (2013)

Os informantes longevos em alguns momentos, disseram que não precisam de cuidados porque têm uma boa saúde, por não considerá-lo necessário ou resolutivo para os problemas que possuem.



*Eu não me cuido, a hora que quero dormir eu vou, se quero ficar até meia-noite eu fico, se tem trabalho para mim, 6hs: 30min já estou de pé. Porque eu moro bem num cantinho que não tem ninguém, na frente é tudo gente jovem e vão trabalhar, tem filhos já que brincam com os meus netos e eu estou aí. Participo de reza e todos são mais novos do que eu, todos têm saúde. Porque eu acho que quando você tem saúde, pode ir onde quiser, não tem nada demais. (Idosa Longeva 1, 82 anos)*

*Eu até não faço muito regime, tenho uma saúde boa. Então não me faz mal nada, eu posso comer doce, sal. (Idoso Longevo 4, 84 anos)*

*Não procurei ainda aqui, por enquanto ainda estou mais ou menos, não preciso. Se for só isso, dá para ficar assim. Não é uma coisa urgente, tem que pedir para a pessoa falar mais alto, porque tenho problema no ouvido, daí a pessoa fala mais alto e a gente entende. Por enquanto não precisa. Se piorar, vou procurar. (Idoso Longevo 1, 87 anos)*

*Gosto de tomar remédio que me faça bem. Não pego remédio, não pego nada, porque quero uma coisa que sare. A doutora disse que tenho tireóide, eu me afogo, vou fazer o quê, idade para operar a vista eu não tenho, tenho catarata. A doutora disse que para operar a senhora tinha que trazer o caixão. A prefeitura faz dois anos que examinaram quando nós fomos lá que mandaram chamar, até agora não saiu nada os óculos, era dois graus e meio. Está nas mãos de Deus. Eu não tenho remédio. (Idosa Longeva 4, 81 anos)*

A pessoa idosa reconhece a perda de possibilidades e capacidades com as quais desempenhava suas atividades vitais. Desta forma, a incapacidade se evidencia como mudanças no corpo e limitações para ser independente e participar da sociedade. Para os idosos em situação de incapacidade e pobreza, a velhice é caracterizada pela redução da funcionalidade do corpo, como a diminuição da energia, força física, acuidade visual e auditiva (SORIANO, LÓPEZ-DÍAS, 2010).

Segundo Kleinman (1980), as profissões de saúde modernas muitas vezes falham em curar. Apesar da visão curativa, o modelo biomédico não encontra possibilidades para curar os problemas crônicos. Diante dos limites da biomedicina, do cuidado e da incapacidade, os idosos podem mostrar passividade e conformismo (MORAES, 2012).

De acordo com os longevos, quando eles não seguem o regime terapêutico, não estão cuidando da saúde, entretanto, algumas vezes eles encontram dificuldades para segui-lo. Nos discursos abaixo, os longevos contam algumas das dificuldades que encontram para cuidar de sua saúde, como a falta de auxílio quando precisa e a mudança dos hábitos alimentares para controle das doenças crônicas.

*Tem que ter cuidado, mas que nem a gente não pode se cuidar e não se cuida como deve ser. Eu sou sozinha. Ir ao mercado a gente não pode ir sozinha, tenho dor nos braços, mas eu sou sozinha, para pagar água, luz, ir ao banco, tem que ir. (Idosa Longeva 5, 82 anos)*

*Não consigo, passo ruim, me dá tontura, a gente não era acostumada a vida inteira, e agora ter que fazer assim. Fica sem gosto a comida. (Idosa Longeva 5, 82 anos)*

*Fui à casa da minha irmã, cheguei lá já comi arroz, feijão e macarrão. Cheguei sábado, comemos uma janta, e domingo fizemos um almoço, então já alterou. O que aconteceu, eu não cuidei da minha saúde, porque se tivesse cuidado não comeria, ou então comeria bem pouquinho. Durante a semana eu só como um pouquinho de arroz e uma saladinha, tomo café com leite, mas com adoçante. Cheguei lá na minha irmã, doce na casa dela é aos montes. Mas eu não posso comer doce. Aquela história: experimenta esse, experimenta aquele. Então foi um caso em que eu não cuidei, porque se a gente seguir a regra mesmo, não come, porque está vendo que isso faz mal. (Idoso Longevo 5, 82 anos)*

Os longevos desenvolvem maneiras para cuidar de sua saúde e se colocaram como sujeitos deste cuidado.

*O idoso mesmo ele se cuida, ele mesmo se cuida, eu acho. Eu que não estou nem aí, mas eu não tenho nada, graças a Deus. Sou mais forte que a minha filha, porque a minha filha já tem câncer. Foi operada esses dias, mora ali junto comigo. (Idosa Longeva 1, 82 anos)*

*Esse cuidado vai da própria pessoa, se a pessoa não ajudar a se cuidar, quem é que vai cuidar? Você não pode estar pegando no pé dele toda hora para ver o que ele está fazendo de errado e corrigir. Ele tem que ver o que está errado e evitar fazer. (Idoso Longevo 5, 82 anos)*

Um estudo etnográfico realizado com dez idosos e seus cuidadores residentes na comunidade em um município no interior do Estado do Rio Grande do Sul, a autonomia foi representada pelos idosos como fator fundamental para a qualidade de vida e preservação da dignidade. A autodeterminação é uma necessidade do ser humano e significa decidir sobre as situações do cotidiano, no entanto, pode ser prejudicada quando os profissionais de saúde e a família não reconhecem os idosos como pessoas capacitadas para fazerem escolhas (FLORES *et al.*, 2010).

No que se refere à saúde dos idosos longevos, a autonomia existe quando eles decidem ativamente em prol do cuidado próprio e buscam formas de concretizá-lo. Quando isso ocorre, os idosos longevos podem adotar comportamentos de buscar conhecimentos para cuidar da saúde.

A seguir, dois discursos mostram que os longevos procuram cuidar de sua saúde da maneira própria e incorporam conhecimentos e explicações advindos dos saberes científicos.

*Vamos supor que estou com a minha pressão 8 por 6, eu já tenho que correr para o médico me examinar, para que não me dê um infarto, uma coisa qualquer. Aprendi isso vindo no posto de saúde, porque a médica é muito prestimosa, ela me ensinou muita coisa. Eu não sabia o que queria dizer a imunidade do corpo, toda. A senhora passa para hemograma que eu sei que é para saber se tem anemia, nunca dá, porque tem que fazer toda vez que eu venho? E ela falou: o hemograma acusa a sua imunidade e a imunidade do corpo tem aquela dose certa, por aqui a gente vê que são os glóbulos brancos, se diminuir então a sua imunidade está abaixando e não pode. Porque se a nossa imunidade estiver baixa, você pega fácil qualquer infecção. Então ela me explicou, aí fiquei sabendo. (Idosa Longeva 2, 82 anos)*

*Quero que ela veja o meu colesterol, minha pressão está sempre normal, tenho colesterol só. Minhas duas irmãs foram enfermeiras, elas se aposentaram. Minha irmã tinha aparelho em casa e a filha dela é farmacêutica, mora ali, só subir, tenho tudo em casa. Eu venho aqui ou senão eu compro. São quatro meses, mas agora já comprei e vim buscar o remédio para o colesterol com a receita vencida aqui. Aí eu disse assim para ela: Olha era para sair em janeiro a minha consulta e vai sair agora em abril. Está vencido, vê se você pode me dar o remédio para o colesterol, e ela me deu. (Idosa Longeva 1, 82 anos)*

A linguagem e técnicas complicadas do saber biomédico conduzem à perda da autonomia (MORAES, 2012). Por outro lado, a incorporação de saberes populares nos serviços de saúde possibilita aos indivíduos e famílias, desenvolverem a autonomia para o próprio cuidado (CEOLIN *et al.*, 2011).

Da mesma forma, Lenardt *et al.* (2005) reiteram que não podemos atender às questões de saúde dos idosos embasados apenas em nossos próprios conceitos profissionais, mas acrescentar a perspectiva que eles têm a respeito do próprio cuidado.

Nos discursos dos longevos eles também mencionaram maneiras que a família cuida deles e destacaram a proteção.

*Na cozinha não querem que eu faça nada, às vezes eles só me pedem para descascar uma batatinha, mas não querem que eu faça. Meu genro diz: olha o senhor não precisa fazer nada. A gente vai fazer o que, não tem o que fazer. (Idoso Longevo 1, 87 anos)*

*Esses dias fui lá a São José dos Pinhais, de lá peguei outro [ônibus]. As meninas ficam bravas, as filhas, elas não gostam que eu ande sozinha, mas eu ando, quando elas vêm, já fui e já voltei. Mas a gente tendo cuidado não tem perigo. Meu neto fica: vó, quando você for sair, me fala que vou levar a senhora, quando ele vê eu já fui e já voltei. Por enquanto, graças a Deus*

*ainda estou lúcida e ainda dá para ir e voltar. Hoje em dia tem muita facilidade esses ônibus, você pega um ônibus ali e desce e pega outro, já vai para outros lados. É facinho, ainda mais a gente que não paga, é uma facilidade. Por enquanto eu aguento andar sozinha. Eu não gosto que ninguém me incomode e também não gosto de incomodar ninguém. (Idosa Longeva 3, 87 anos)*

A autonomia dos idosos é prejudicada quando suas decisões são desrespeitadas, na dependência física e econômica e na necessidade de cuidado intergeracional. Mesmo com limitações orgânicas e, em alguns casos de dependência econômica, a tomada de decisão sobre a própria vida está relacionada ao viver bem (FLORES *et al.*, 2010).

Por fim, este domínio mostrou que os símbolos sagrados da fé em Deus para os idosos longevos, estão acima do cuidado no alicerce da vida.

*Então a gente tem que ser firme com Deus, ter fé nele, porque Ele é dono de todas as coisas. Ele é Deus do impossível e Jesus Cristo é filho dele. Então eu tenho essa fé, está certo que não tenho estudo, mas tenho fé. Ele tem me ajudado, com tudo o que aconteceu, não adianta, com Deus ninguém pode. (Idoso Longevo 3, 88 anos)*

*A pessoa morre porque está na hora, tudo tem um tempo certo, o tempo para viver e o tempo de morrer. A nossa vida está nas mãos de Deus. Tudo que está vivo, a vida está nas mãos de Deus e Ele tem o poder para dar a vida e tirá-la. A gente fala da falta de atendimento, mas o mundo tem que passar por esse processo. Então não é tudo bom, o disco vira, não tem subida sem descida, não são tudo mil maravilhas, às vezes, quando o disco vira para o mal tem que sofrer, e até morrer se é o final dele. Essa vida nossa aqui é passageira, até terminar. (Idoso Longevo 4, 84 anos)*

A religiosidade constitui característica dos seres humanos e deve ser cultivada de maneira equilibrada. Desta maneira, para cuidar de uma pessoa também envolve o equilíbrio da vida interior e exterior (ROSELLÓ, 2009).

Os idosos longevos desenvolvem maneiras para cuidar da própria saúde e isso está em consonância à autonomia para o autocuidado segundo os profissionais de Enfermagem e as políticas de saúde. Deste modo, os idosos longevos incorporam as maneiras de cuidar que aprendem na UBS e o modelo no qual os indivíduos assumem a responsabilidade pela própria saúde e a culpa pelas doenças.

### 5.3 TEMA CULTURAL – DO REAL AO IDEAL: O (DES)CUIDAR DA SAÚDE DOS IDOSOS LONGEVOS NA UNIDADE DE SAÚDE

A reta, como diria o Oscar Niemeyer, é o real. Mas o ideal é a curva, o arredondado sedutor da montanha onde morre o Sol; ou o suave declive da fonte que jorra por entre as suas frestas e mata a nossa infindável sede (DAMATTA, 2012).

O termo ideal tem como significado neste tema cultural o cuidado ideal, digno, necessário, responsável, amplo e sendo possível tanto no futuro, quanto no presente, nesse em paralelo já que é um modo absurdamente otimista, na presente estrutura da saúde pública, de ver o cuidado do jeito que profissionais e idosos gostariam que ele fosse. O ideal para “matar nossa sede” segundo DaMatta na citação *op.cit.*

Pertencente ao real está o modelo hegemônico de cuidado, que se refere a um lugar presente e que tem seus significados na perspectiva biológica, normativa, prescritiva e da farmacologização. O real que empobrece os espaços de produção de cuidado em saúde.

Desse modo, o tema cultural manifesta o distanciamento entre o que os profissionais de Enfermagem e os idosos longevos almejam para o cuidado à saúde e o que, de fato, desenvolvem nas práticas cotidianas. Conforme os termos elucidam, foi denominado como real o que existe de fato, enquanto o ideal pertence ao imaginário dos atores do presente estudo.

A análise dos depoimentos dos profissionais de Enfermagem e dos idosos longevos mostrou que ambos estão inseridos em outros sistemas culturais de cuidados à saúde mais amplos, como microssistemas, únicos, próprios a cada pessoa, no entanto, coexistindo. Neste trabalho, foram interpretados os discursos que são construídos nas relações sociais que ocorrem em um *lócus* de observação, no caso a UBS.

Conforme Geertz (2001b), a busca pelos padrões abrangentes é inadequada como o eterno, o essencial e o absoluto e insistir nessa, conduz a ilusões, estereótipos e preconceitos. Isso porque é difícil encontrar um compartilhamento de visões, pois estas se dividem de modo que não há um ponto no qual o consenso inicia ou termina.

Neste sentido, as culturas não são conjuntos de semelhanças distinguidas pelo consenso, mas vários modos de implicações numa vida coletiva que ocorrem em vários níveis, escalas e âmbitos ao mesmo tempo. Como a borboleta que bate as asas no Pacífico e provoca uma tempestade na Península Ibérica, todos nós sofremos um impacto quase instantâneo mesmo longe de suas origens (GEERTZ, 2001b). O real e o ideal, portanto, não é apenas uma construção cultural local, mas influenciada por aspectos políticos, econômicos, sociais, entre outros, que estão imbuídos nos significados do cuidado à saúde.

Foram encontradas reações às contradições entre o real e o ideal, salvo se elas comprometessem o real de rotina da UBS. O real de rotina é semelhante àquele retratado por Melo (2013), que traz os enfoques biologicista, patologizante, prescritivo, normatizante e generalizante. Sem perceber fragmenta os indivíduos de suas realidades socioculturais. No entanto, existe o discurso contrário a tudo que fragmenta os indivíduos de suas realidades socioculturais. Esse real de rotina e ideal discursivo não confere o genuíno conhecimento humano, criativo, por sua vez revela um frustrante dia a dia nas unidades de saúde.

O sistema de saúde no Brasil se organiza por meio da regulação das culturas profissionais e das culturas de cuidados que são estabelecidas na sociedade (CASTRO, CAMARGO-JUNIOR, 2008). As instituições da organização política elaboram leis, diretrizes e outras, que norteiam a atuação dos profissionais de Enfermagem incumbidos de cumpri-las. No entanto, não é dado o devido fomento para a implantação delas, como recursos humanos capacitados e materiais suficientes e adequados para tal. Desse modo, a atuação é alicerçada nos moldes da formação biomédica dos profissionais da saúde, modelo que mostra assimetrias evidentes entre os usuários longevos e o profissional que o atende. Uma das assimetrias diz respeito à informação. O profissional de saúde sabe aspectos da enfermidade do idoso longo que o próprio desconhece. Existe, pois, segundo Roselló (2009, p.138), “uma defasagem informativa que se concretiza em uma assimetria na ordem do saber”. Isso significa para o usuário longo o real que não é o ideal, porque é pouco compreensível para os padrões de conhecimento dele.

A PNSPI designa aos membros da equipe de saúde a avaliação pautada no conhecimento do processo de envelhecimento e suas peculiaridades, adaptada à realidade sociocultural. A referida política propõe entre as ações ainda, “reconhecer e incorporar as crenças e modelos culturais dos usuários em seus planos de

cuidado, como forma de favorecer a adesão e a eficiência dos recursos e tratamentos disponíveis” (BRASIL, 2006, p. 8). Dessa forma, ações intersetoriais visando à integralidade da atenção à saúde da pessoa idosa devem ser promovidas considerando as características e as necessidades locais.

Ainda, a PNSPI atribui à família a responsabilidade pelo cuidado do familiar idoso, o que é compartilhado pelos profissionais e entre pessoas da comunidade de uma forma geral. Desse modo, os idosos longevos informantes do presente estudo atribuem a si próprios e a família a responsabilização pelo cuidado à saúde. No entanto, existe um importante descompasso nessa responsabilização da família - não são oferecidos recursos para que esse cuidado familiar ocorra, e desse modo, o longo tempo fica desassistido.

Deste modo, o foco na atenção dispensada pelos membros familiares pode recair em práticas impositivas de saúde que desconsideram a realidade local e o desejável pelas pessoas. Conforme Geertz (2001b), para discernir rupturas e continuidades culturais são necessários modos de pensar que envolvem os contrastes e as individualidades e reconhecem as diferenças, não como oposto da semelhança, abarcando-a.

O estudo realizado com idosos longevos no município de Curitiba, Paraná, mostrou que o afeto foi considerado como a âncora dos longevos para os cuidados à saúde. Neste sentido, o afeto foi observado como a necessidade de amor e pertencimento com os membros da família e amigos e as interações afetivas como essenciais para a sustentação da vida dos longevos (BETIOLLI, 2012).

A Enfermagem tem se aproximado das famílias nas áreas urbana e rural, por meio da estratégia saúde da família, contudo a prática de cuidado de enfermagem às famílias exige a negociação do saber profissional (FERNANDES, BOEHS, 2011). Para Alves, Boehs, Heidemann (2012) constitui um desafio romper com o modelo de saúde individual e exercer a dialogicidade entre os profissionais e usuários. (ALVES, BOEHS, HEIDEMANN, 2012). É preciso um olhar atento para os membros familiares que abriga um conjunto de conhecimentos próprios repassados de geração a geração e possui particularidades, tanto no que se refere à prevenção e tratamento de doenças como no cuidado à saúde dos idosos longevos.

A relação com os serviços de saúde públicos especializados foi caracterizada como desassistência em estudo realizado com seis famílias que vivenciaram a hospitalização e dependência para os cuidados básicos diários do familiar, na cidade

de Juiz de Fora, Minas Gerais. Os participantes revelaram ausência de acesso a esses serviços, dificuldade intensa para obtê-los e pouca resolutividade no atendimento das necessidades de cuidados das famílias (CASTRO, CAMARGO-JUNIOR, 2008).

O que poderia ser chamado de “descomprometimento”, e que separa o real do ideal no cuidado à saúde das pessoas, inclusive dos longevos, se dissemina em ações e situações. Assim como, os usuários vão e vêm nos serviços de saúde sem conseguir um atendimento, o médico não se encontra na unidade de saúde e ou não está presente no horário marcado. De modo semelhante, enfrentam alegações sobre o não pertencimento daquela área de abrangência e tipo de atendimento, como aqueles que não são realizados na unidade, ou então, o problema não é grave o bastante para realizar uma consulta médica.

O distanciamento do cuidado à saúde, muitas vezes, também ocorre quando os longevos não podem ou não conseguem realizar as ações que desejam. O real é o descuido da saúde dos idosos longevos quando faltam os recursos necessários, não consideram o problema grave ou manifestam dificuldades em mudar hábitos adquiridos e utilizados ao longo da vida. Entre idosos na Colômbia, Herrera e Posada (2010) observaram causas semelhantes para não se cuidar, como a falta de dinheiro, não ter quem os ajuda, medo de sair de casa e achar que não é necessário.

Neste íterim, os profissionais de Enfermagem ficam entre a cruz e a espada, pois se deparam frequentemente com situações que precisam negar de maneira veemente o atendimento, porque estão impedidos de realizar naquele local as ações desejadas, como a prevenção das doenças e a promoção da saúde. Segundo Melo (2013, p. 235) “existe uma forte desconexão entre a política pública de saúde e a realidade concreta de trabalho e de produção de cuidado nos serviços de saúde”.

Para Geertz (2001b), o liberalismo aplicado com indiferença à realidade provoca confusão entre o desejo e a realização. Os significados do cuidado à saúde no cenário estudado destacaram um alicerce cristalizado no modelo biomédico, o qual reflete nas práticas das políticas públicas de saúde, nas normas e comportamentos adotados pelos profissionais de Enfermagem, que atuam na unidade de saúde e pelos idosos longevos usuários. Esses, por sua vez, precisam assimilar o modelo real de atendimento, se manifestar de modo semelhante aos profissionais para que haja certo entendimento entre eles.



No estudo realizado na atenção básica em três municípios do sul do Brasil foi discutido a influência de dois modelos assistenciais, o tradicional e a ESF. Nos dois modelos ocorre o predomínio da biomedicina e problemas como os gerenciais, baixa resolutividade dos serviços, foco na consulta médica e excesso de burocracia (TRINDADE, PIRES, 2013).

A emissão de normas e regulamentos que negam a subjetividade dos sujeitos e o direito deles em decidir, caracteriza-se uma forma de poder exercido – de descuido. A Enfermagem contribui para a legitimação desse poder ao delinear sua maneira de produzir o cuidado em saúde baseada em um ideal de normalidade e na ênfase exacerbada no corpo, na cura e nos padrões de saúde atrelados ao consumo de tecnologias e produtos (VIEIRA, SILVEIRA, FRANCO, 2011).

As apropriações dos discursos dos profissionais de saúde se dão num campo de reflexividade perene que articula um plano comum, a atribuição de significados, a interpretação, a construção e a manipulação de estratégias diante da realidade real da vida social. Diante disso, tanto os profissionais de saúde quanto os longevos vivenciam um elenco de dificuldades fortemente influenciadas por um discurso moral e disciplinador, sem ter em conta a concretude das realidades sociais.

Para Melo (2013, p. 194), o aparente desgaste do profissional diante da “luta” contra a doença (biológica) e das condições materiais, relacionais e afetivas da vida dos pacientes coloca-se como indícios de um trabalho em que ambos, pacientes e profissionais, são colocados diante de suas limitações. Quando analisadas sobre o pano de fundo da política de saúde, esses aspectos ganham a amplitude dos desafios atuais para a construção de redes de cuidado para doentes crônicos – essa nova realidade epidemiológica, que tem “perturbado” um sistema de saúde que ainda repousa sobre as bases dos dilemas higienistas.

Para superação do modelo hegemônico, Vieira, Silveira e Franco (2011) consideram que precisamos pautar em referenciais teóricos nos quais os sujeitos produzem-se e são produzidos nas relações que estabelecem consigo mesmos e com o mundo que os cerca, como detentores de desejos. As autoras propõem articulações interdisciplinares para a formação dos enfermeiros e a adoção de metodologias ativas de aprendizagem para aproximação dos sujeitos entre si e com a realidade.

É necessário que o discurso sobre o ideal se transforme em prática real, ainda que essa seja alicerçada apenas e provisoriamente em alguns princípios de

caráter antropológico e ético, os quais servem de horizontes na ação real de cuidar dos idosos longevos. Segundo Roselló (2009), esses princípios permitem a releitura da própria ação e submetê-la à autocrítica, sob mínimos parâmetros intelectuais que devem ser formulados constantemente à luz das contribuições do mundo da experiência.

A oposição entre o real e o ideal foi primeiramente utilizada por Platão e é atual para revelar anseios humanos.

O homem comum olha para um bloco de mármore e vê um bloco de mármore. Este é seu estado atual. Não é preciso ser um homem para ver isso. Um animal também o vê assim. O artista olha para um bloco de mármore e vê uma estátua de um Deus grego. Este é o seu estado potencial. E assim, um pedreiro pode olhar para um bloco de mármore e enxergar um elemento de um edifício, um apaixonado pode ver sua amada, um poeta pode ver sua poesia, um religioso pode ver um templo. Resumindo, as coisas têm um estado atual ou real, aquilo que elas são no momento e um estado ideal ou potencial, aquilo que eu imagino em que ela possa ser transformada. Mais ainda, existe um Mundo das Idéias, um Mundo Ideal, onde as coisas podem ser aquilo que queremos que elas sejam, e um Mundo Real, um Mundo Atual, onde as coisas são o que são, em sua forma atual. E cabe ao homem, o Artista, transmutar aquilo que está no Mundo Atual, Mundo Real, naquilo que ele idealiza, em seu Mundo Ideal, Mundo Perfeito. É fácil? Geralmente não. Só o Artista consegue trazer as coisas de seu Mundo Ideal para o Mundo Real. Para isso é preciso uma coisa chamada Talento. E mais: além de trazê-la para o Mundo Real é preciso esperar que os homens o entendam. É preciso transformar o Ideal incompreensível no Real compreensível (FIORAVANTE, 2013).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo mostrou semelhanças e dessemelhanças no significado atribuído ao cuidado à saúde dos idosos longevos, segundo eles e os profissionais de Enfermagem. Os significados dos cuidados à saúde foram analisados na construção desta tese e descritos com base nas relações semânticas contidas nos discursos dos informantes-chaves, no cenário de uma unidade de saúde.

Os profissionais de Enfermagem atribuíram significado ao cuidado à saúde dos idosos longevos com base em conhecimentos biomédicos e em saberes populares que construíram ao longo da vida. De forma semelhante, os idosos longevos, para atribuir significados ao cuidado à saúde mesclaram aos saberes populares, os biomédicos que aprenderam com os profissionais.

O método etnográfico utilizado, por meio das informações obtidas no trabalho de campo e das análises etnográficas, revelou componentes desses significados, os quais incluíram razões, atributos, o que utilizam e as maneiras de cuidar da saúde dos idosos longevos. Esses componentes mostraram-se permeados por construções culturais que misturam conhecimentos científicos e populares e vice-versa. Nessas misturas, se torna difícil demarcar onde iniciam ou continuam cada um desses saberes.

O que se observou no cenário estudado foi a hegemonia dos saberes biomédicos, tanto nos significados atribuídos pelos profissionais de Enfermagem como dos idosos, enquanto os saberes populares ficam menos visíveis. Esta implicação é intrínseca ao modelo biomédico, pois esse não considera válidos os saberes que não estão fundamentados cientificamente.

Entretanto, não se pode negar que os saberes populares permeiam a construção dos significados do cuidado à saúde, tendo em vista que eles constituem uma matriz que assimila outros saberes, inclusive os biomédicos. A matriz popular abrange motivações e disposições para cuidar da saúde dos idosos longevos.

Para os profissionais de Enfermagem, essa matriz veio à tona quando remeteram aos valores familiares de cuidado, experiências de vida e para explicar lacunas do modelo biomédico ou cujas explicações desconhecem. Por sua vez, os discursos de cuidado dos longevos estão fortemente influenciados pelos saberes biomédicos, embora os populares também são utilizados em práticas de cuidado no domicílio. Desta forma, as práticas de cuidado estão imbricadas nas práticas de

vida, nos contextos familiares e no cotidiano de uma comunidade, nos quais elas se desenvolvem e perpetuam.

Este estudo mostrou o distanciamento do cuidado de Enfermagem gerontogeriatrica no cenário estudado, pois não há formação específica e ainda, os programas e diretrizes de saúde não conduzem a uma especificidade no cuidado aos idosos longevos. As maneiras para articulação do modelo biomédico têm sido enfatizadas, entretanto, esse predomina nas práticas de cuidado no serviço de saúde estudado. Essas articulações são necessárias para a aproximação da realização, de fato, dos princípios do sistema único de saúde no Brasil.

Na construção do corpo de conhecimentos próprios da Enfermagem, outras pesquisas poderão aprofundar a apreensão das culturas de cuidados em locais e situações comuns e específicas. Neste sentido, as pesquisas etnográficas poderão analisar as culturas de cuidados dos profissionais de Enfermagem e dos idosos longevos em outras comunidades para aprofundar aspectos particulares que variam segundo o local de observação e também, as culturas de cuidados das famílias e o cuidado de si dos profissionais de Enfermagem.

É considerado premente melhorar os recursos materiais e a infraestrutura para o cuidado à saúde dos idosos longevos e a divulgação de experiências de ensino e práticas de cuidados dialógicas aos idosos, construídos na integração dos saberes. Além disso, discutir e refletir nos cursos de formação em Enfermagem a respeito dos referenciais teóricos do cuidado e valorizar a dimensão cultural como parte do aparato instrumental utilizado pelos enfermeiros em suas práticas.

Em síntese, a semelhança nos significados do cuidado à saúde dos idosos longevos ocorreu na percepção da vulnerabilidade deles e a velhice às doenças; a intensa limitação no acesso aos serviços de saúde e o distanciamento, na prática, aos princípios do SUS, como a universalidade, integralidade, preservação da autonomia, direito à informação, participação da comunidade e a capacidade de resolução dos serviços de saúde. Esse distanciamento ocorre, em parte, devido aos fatores como a falta de recursos materiais, capacitação e educação permanente no cuidado gerontológico, carência de ações de prevenção e promoção da saúde. Além disso, as limitações do modelo biomédico reproduzido, como a homogeneização e imposição do cuidado, em oposição à negociação, e a redução do ser humano aos aspectos biológicos, com pouca ênfase em outros aspectos como os culturais e na integração das dimensões, conduzem ao descuido.

No cuidado à saúde dos idosos longevos, os discursos confluíram para as práticas voltadas à utilização de remédios, alimentação, convívio social dos idosos, evitar as quedas e a atenção e diálogo, embasado no modelo de culpabilização dos indivíduos pelas doenças. Por fim, a autonomia do idoso para o cuidado se destacou nos discursos dos profissionais de Enfermagem e dos longevos. O conceito de autonomia ligado aos longevos como sujeitos ativos do cuidado à saúde é o que está em consonância aos princípios do cuidado gerontológico e da promoção da saúde.

As dessemelhanças nos significados do cuidado à saúde dos idosos longevos ocorreram quando os longevos perceberam a própria vulnerabilidade e os profissionais de Enfermagem percebem a vulnerabilidade do outro. Além disso, o apoio da família é atribuído ao cuidado dos longevos, enquanto para eles é o oposto, são eles que desejam apoiar a família.

As práticas populares de cuidado à saúde dos idosos longevos não fizeram parte dos discursos dos profissionais. Entre essas práticas, os longevos utilizam os chás e a religião e evitam a “friagem”. Quando os idosos não se cuidam e argumentam que não adianta, não precisa ou não consegue, mostra uma divergência ao cuidado prescrito pelos profissionais.

O referencial teórico fundamentado em Geertz fundamentou o desenvolvimento desta pesquisa por meio do conceito dinâmico de cultura que ressalta as diferenças, rupturas e incoerências presentes na realidade cotidiana de uma unidade de saúde. O referencial metodológico da etnografia proposto por Spradley e McCurdy facilitou a organização das informações e a interpretação dos significados, mediante um transitar entre o geral e o específico, os aspectos mais amplos e, ao mesmo tempo, o detalhe e as particularidades no cuidado à saúde dos idosos longevos.

Desta forma, os estudos etnográficos podem contribuir para o cuidado à saúde dos idosos longevos, ao revelar o cuidado na perspectiva deles e dos profissionais. Embora o saber biomédico se esforce em dissipar esta noção, não há um cuidado ideal único e verdadeiro, pois esse é dinâmico e variável. A aproximação ao cuidado à saúde almejado pelos idosos longevos poderá contribuir na melhoria do bem-estar dessa população, para a autonomia no autocuidado e o fortalecimento das pessoas nas famílias, comunidades, profissões e nos serviços de Enfermagem e saúde.

## REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, A. O. **Da velhice da praça à velhice da roça**: revisitando mitos e certezas sobre velhos e famílias na cidade e no rural [tese]. Campinas: Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. Unicamp, 2010.

ALEX, L.; HAMMARSTROM, A.; NORBERG, A.; LUNDMAN, B. Construction of masculinities among men aged 85 and older in the north of Sweden. **Journal of Clinical Nursing**. p. 451-459, 2008.

ALVES, L. H. S.; BOEHS, A. E.; HEIDEMANN, I. T. S. B. A percepção dos profissionais e usuários da estratégia de saúde da família sobre os grupos de promoção da saúde. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 401-408, abr./jun., 2012.

AIRES, M.; PASKULIN, L. M. G.; MORAIS, E. P. Capacidade funcional de idosos mais velhos: estudo comparativo em três regiões do Rio Grande do Sul. **Rev Latino Am Enferm**. Ribeirão Preto, v. 18, n. 1, jan./fev., 2010.

BERTOLUCCI, P. H. F.; BRUCKI, S. M. D.; CAMPACCI, S. R.; JULIANO, Y. O miniteste do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arq Neuropsiquiatria**. v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994.

BETIOLLI, S. E. **As práticas culturais de cuidado com a saúde dos idosos longevos no âmbito domiciliar** [dissertação]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2012.

BOEHS, A. E. **Os movimentos de aproximação e distanciamento entre os sistemas de cuidado familiar e profissional** [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2001.

BOEHS, A. E.; MONTICELLI, M.; WOSNY, A. M.; HEIDEMANN, I. B. S.; GRISOTTI, M. A interface necessária entre a enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 304-314, abr./jun., 2007.

BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 1990a.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 1990b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Parecer CNE/CES nº 1133 de 3 de outubro de 2001. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Nutrição e Medicina**. Diário Oficial da União: Brasília, 2001. Seção 1E, p. 131.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Diário Oficial da União, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Diário Oficial da União, 2011.

BRUCKI, S. M. D.; NITRINI, R.; CARAMELLI, P.; BERTOLUCCI, P. H. F.; OKAMOTO, I. H. Sugestões para o uso do miniteste do estado mental no Brasil. **Arq Neuropsiq**. São Paulo, v. 61, n. 3B, p. 777-781, 2003.

CALVO-GIL, M. J.; AYALA-VALENZUELA, R.; HOLMQUIST-CURIMIL, M.; MOLINA-DÍAZ, C. Aspectos axiológico-culturales de la ética y el cuidado. **Acta Bioethica**. Chile, v. 17, n. 1, p. 133-141, 2011.

CAMARGO, I. L.; CARO, C. V. Comportamentos de cuidado do idoso e dos profissionais de enfermagem: evidências para a qualificação profissional. **Av Enferm**. Colômbia, v. 27, n. 1, p. 48-59, 2009.

CASTILLO, E.; VÁSQUEZ, M. L. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. **Colomb Med**. Colômbia, v. 34, n. 3, p. 164-167, 2003.

CASTRO, E. A. B.; CAMARGO-JUNIOR, K. R. Por uma etnografia dos cuidados de saúde após a alta hospitalar. **Cienc Saude Colet.** v. 13, supl. 2, p. 2075-2088, 2008.

CEOLIN, T.; HECK, R. M.; BARBIERI, R. L.; SCHWARTZ, E.; MUNIZ, R. M.; PILLON, C. N. Plantas medicinais: transmissão do conhecimento nas famílias de agricultores de base ecológica no sul do RS. **Rev Esc Enferm USP.** São Paulo, v. 45, n. 1, p. 47-54, 2011.

CONCONE, M. H. V. B. **O corpo:** cultura e natureza. Pensando a velhice. In: CORTE, B.; MERCADANTE, E. F.; ARCURI, I. G. (orgs.). Velhice, Envelhecimento, Complex(idade). São Paulo: Vetor, 2005.

COELHO, M. T. A. D.; ALMEIDA-FILHO, N. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos.** Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 315-333, maio/ago., 2002.

CONNER, D.; BARNES, C.; HARRISON-FELIX, C.; REZNICKOVA, N. Rehabilitation outcomes in a population of nonagenarians and younger seniors with hip fracture, heart failure or cerebral vascular accident. **Arch Phys Med Rehabil.** v. 91, p. 1505-1510, oct., 2010.

COSTA, M. F. B. N. A. **Atenção integral à saúde do idoso na atenção primária:** os sistemas brasileiro e espanhol [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2009.

COSTA, M. F. B. N. A.; CIOSAK, S. I. Atenção integral na saúde idoso no Programa Saúde da Família: visão dos profissionais de saúde. **Rev Esc Enferm USP.** São Paulo, v. 44, n. 2, p. 437-444, 2010.

DA MATTA, R. **Esse eu conheço!** Disponível em: <http://www.estadao.com.br/noticias/impreso,esse-eu-conheco!-,975546,0.htm>. Acesso [1 dez 2013].

FERNANDES, G. C. M.; BOEHS, A. E. Contribuições da literatura para a enfermagem de família no contexto rural. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 20, n. 4, p. 803-811, out./dez., 2011.

FIORAVANTE, D. **Real, virtual, atual, potencial, arte, filosofia, Platão, Mundo ideal, Internet.** Disponível em: <http://answers.yahoo.com/question/index?qid=20080902234137AAjS8nF>.



Acesso [1 dez 2013].

FLEURY, S.; OUVENEY, A. M. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. (org.). **Políticas e Sistemas de saúde no Brasil**. 2. reimp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 23-64.

FLORES, G. C.; BORGES, Z. N.; BUDÓ, M. L. D.; MATTIONI, F. C. Cuidado intergeracional com o idoso: autonomia do idoso e presença do cuidador. **Rev Gaucha Enferm**. Porto Alegre, v. 31, n. 3, p. 467-474, set., 2010.

FLORES, G. C.; BORGES, Z. N.; BUDÓ, M. L. D.; SILVA, F. M. A dádiva do cuidado: estudo qualitativo sobre o cuidado intergeracional com o idoso. **Cienc Cuid Saúde**. Maringá, v. 10, n. 3, p. 533-540, jul./set., 2011.

FISCHER, M. J.; BRIMHALL, B. B.; PARIKH, C. R. Uncomplicated acute renal failure and post-hospital care: a not so uncomplicated illness. **Am J Nephrol**. v. 28, p. 523-530, 2008.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive status of patients for the clinician. **J Psychiat Res**. England: v. 12, n. 3, p. 189-198, nov., 1975.

GASKILL, D.; BLACK, L. J.; ISENING E. A. HASSALL, S.; SANDERS, F.; BAUER, J. D. Malnutrition prevalence and nutrition issues in residential aged care facilities. **Australasian Journal of Ageing**. Austrália, v. 27, n. 4, p. 189-194, dec., 2008.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

\_\_\_\_\_. **O saber local**. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

\_\_\_\_\_. Ritual y cambio social: un ejemplo javanés. In: **La interpretación de las culturas**. Barcelona: Gedisa, 2001a. p. 131-151.

\_\_\_\_\_. **Nova luz sobre a antropologia**. Rio de Janeiro: Jorge Zagar, 2001b.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. (org.). **Políticas e Sistemas de saúde no Brasil**. 2. reimp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 575-626.

GLOTH, F. M.; SIMONSON, W. Osteoporosis is underdiagnosed in skilled nursing facilities: a large-scale heel BMD screening study. **JAMDA**. mar., 2008.

GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, A. M.; SANTOS, S. M. A. A Enfermagem Gerontogeriatrica e sua especificidade. In: GONÇALVES, L. H. T.; TOURINHO, F. S. V. **Enfermagem no cuidado ao idoso hospitalizado**. Barueri (SP): Manole, 2012. p. 3-25.

HERRERA, E. M.; POSADA, M. L. A. Creencias y prácticas de cuidado de la salud de ancianos. **Av Enferm**. Colômbia, v. 28, n. spe, p. 61-72, 2010.

INOUE, K.; PEDRAZZANI, E. S. Instruction, social economic status and evaluation of some dimensions of octogenarians' quality of life. **Rev Latino-Am Enferm**. Ribeirão Preto, v. 15, n. spe., p. 742-747, 2007.

INSTITUTE OF ADVANCED STUDIES (IAS). Disponível em: [www.ias.edu/news/press-releases/geertz-1926-2006](http://www.ias.edu/news/press-releases/geertz-1926-2006). Acesso [16 mai 2013].

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Disponível: <http://saladeimprensa.ibge.gov.br/noticias?view=noticia&id=1&idnoticia=2455&busca=1&t=populacao-brasileira-deve-chegar-maximo-228-4-milhoes-2042>. Acesso [11 set 2013].

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGEa). Disponível: [www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2011/estimativa\\_pop.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2011/estimativa_pop.shtm). Acesso [16 ago 2012].

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGEb). Disponível: [www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1](http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1). Acesso [16 ago 2012].

INSTITUTO PARANAENSE DO DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL. Caderno estatístico do município de Curitiba. IPARDES; 2013. Disponível em: [www.ipardes.gov.br/cadernos/Montapdf.php?Municipio=80000&btOK=ok](http://www.ipardes.gov.br/cadernos/Montapdf.php?Municipio=80000&btOK=ok). Acesso [12 nov 2013].

KLEINMAN, A. **Patients and healers in the context of the culture**: an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry. California: Regents, 1980.

KREUTZ, I.; MERIGHI, M. A. B.; GUALDA, D. M. R. A medicina popular no contexto das práticas de saúde. In: GUALDA, D. M. R.; BERGAMASCO, R. B. **Enfermagem, cultura e o processo saúde-doença**. São Paulo: Ícone, 2004.

LACERDA, E. P. **Trabalho de campo e relativismo**: a alteridade como crítica da antropologia [internet]. Acesso [30 jan 2012]. Disponível em: <http://www.antropologia.com.br/arti/colab/a5-eplacerda.pdf>

LANGDON, E. J.; MALUF, S.; TORNQUIST, C. S. **Ética e política na pesquisa**: os métodos qualitativos e seus resultados [internet]. Acesso [22 ago 2012]. Disponível em: [www.antropologia.com.br/arti/colab/a45-lmt.pdf](http://www.antropologia.com.br/arti/colab/a45-lmt.pdf)

LANGDON, E. J.; WIIK, F. B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Rev Latino-Am Enferm**. Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, p. 173-181, 2010.

LENARDT, M. H. **Hospitalização desnudando o microcosmo de uma unidade hospitalar** [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2001.

LENARDT, M. H.; MICHAULTUCH, D. O.; KUZNIER, T. P. SANTOS, V. L. O cuidado de si do idoso como instrumento do processo de cuidar. **Cogitare Enferm**. Curitiba, v. 10, n. 1, p. 16-25, jan./abr., 2005.

LENARDT, M. H.; WILLIG, M. H.; SILVA, S. C.; SHIMBO, A. Y.; TALLMANN, A. E. C.; MARUO, G. H. O idoso institucionalizado e a cultura de cuidados profissionais. **Cogitare Enferm**. Curitiba, v. 11, n. 2, p. 11-123, maio/ago., 2006.

LENARDT, M. H.; MICHEL, T.; TALLMANN, A. E. C. A condição de saúde de idosas residentes em instituição de longa permanência. **Cogitare Enferm**. Curitiba, v. 14, n. 2, p. 227-236, abr./jun., 2009.

LIMA, C. A.; TOCANTINS, F. R. Necessidades de saúde do idoso: perspectivas para a enfermagem. **Rev Bras Enferm**. Brasília, v. 62, n. 3, p. 367-373, maio/jun., 2009.

LOZANO, Y. M. P.; CASTILLO, C. V. Significado, um conocimiento para la práctica de enfermería. **Av Enferm**. Colômbia, v. 26, n. 2, p. 116-125, 2008.

MALVÁREZ, S. O desafio de cuidar em um mundo globalizado. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 520-530, jul./set., 2007.

MARS, G. M. J.; KEMPEN, G. I. J. M. WIDDERSHOVEN, G. A. M.; JANSSEN, P. P. M.; EIJK, J. T. M. V. Conceptualizing autonomy in the context of chronic physical illness: relating philosophical theories to social scientific perspectives. **Health**. Londres, v. 12, n. 3, p. 333-348, 2008.

MELO, L. P. **Remediar, comer, exercitar**: etnografia do gerenciamento do diabetes tipo 2 em grupos hiperdia [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2013.

MENEZES, T. M. O.; LOPES, R. L. M. Produção do conhecimento sobre idoso longo: 1998-2008. **Rev Enferm UERJ**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 569-74, 2009.

MICHEL, T.; LENARDT, M. H.; BETIOLLI, S. E.; NEU, D. K. M. Significado atribuído pelos idosos à vivência em uma instituição de longa permanência: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 495-504, jul./set., 2012.

MICHEL, T.; LENARDT, M. H. O trabalho de campo etnográfico em instituição de longa permanência para idosos. **Esc Anna Nery Enferm**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 375-380, abr./jun., 2013.

MINAYO, M. C. S.; COIMBRA-JUNIOR, C. E. A. Entre a liberdade e a dependência: reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA-JUNIOR, C. E. A. (orgs.). **Antropologia, saúde e envelhecimento**. 1. reimpr. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

MORRELL, G. A. False reading of retained urine from a bladder scan. **Urologic Nurs**. v. 30, n. 2, mar./abr., p. 147-149, 2010.

MORAES, G. V. **Influência do saber biomédico na percepção da relação saúde/doença/incapacidade em idosos da comunidade** [dissertação]. Belo Horizonte: Fundação Osvaldo Cruz, 2012.

NOONE, I.; O'SHEA, D.; CROWE, M. Stroke in the very old. **Ir Med J**. v. 104, n. 10, nov./dec., 2011.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, L. (org.). **Políticas e Sistemas de saúde no Brasil**. 2. reimpr. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 435-472.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.

ORTNER, S. B. Subjetividade e crítica cultural. **Horizontes Antropológicos**. Porto Alegre, v. 13, n. 28, p. 375-405, jul./dez., 2007a.

ORTNER, S. B. A máquina de cultura: de Geertz a Hollywood. **Mana**. v. 13, n. 2, p. 565-578, 2007b.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. **The Brazilian health system: history, advances and challenges**. 2011. Disponível em: <http://www.thelancet.com/series/health-in-Brazil>. Acesso [19 ago 2011].

PAVARINI, S. C. I.; BARHA, E. J.; MENDIONDO, M. S. Z.; FILIZOLA, C. L. A.; FILHO, J. F. P.; SANTOS, A. A. Família e vulnerabilidade social: um estudo com octogenários. **Rev Latino Am Enferm**. Ribeirão Preto, v. 17, n. 3, maio/jun., 2009.

PEDRAZZI, E. C.; MOTTA, T. T., D.; VENDRÚSCOLO, T. R. P.; FABRÍCIO-WEHBE, S. C. C.; CRUZ, I. R.; RODRIGUES, R. A. P. Arranjo domiciliar dos idosos mais velhos. **Rev Latino Am Enferm**. Ribeirão Preto, v. 18, n. 1, jan./fev., 2010.

POLARO, S. H. I.; GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, A. M. Construindo o fazer gerontológico pelas enfermeiras das unidades de estratégia saúde da família. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, v. 47, n. 1, p. 160-167, 2013.

PROCHET, T. C.; SILVA, M. J. P.; FERREIRA, D. M.; EVANGELISTA, V. C. Afetividade no processo de cuidar do idoso na compreensão da enfermeira. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, v. 46, n. 1, p. 96-102, 2012.

PROCHNOW, A. G.; SANTOS, J. L. G.; LIMA, S. B. S.; LEITE, J. L. La etnografia utilizada em una investigación en enfermería: La construcción de una “descripción densa”. **Index Enferm**. Granada, v. 18, n. 1, ene./mar., 2009.

RENOVATO, R. O.; BAGNATO, M. H. S.; MISSIO, L.; BASSINELLO, G. A. H. As identidades dos enfermeiros em cenários de mudanças curriculares o ensino da Enfermagem. **Trab Educ Saúde**. Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 231-248, jul./out., 2009.

REZENDE, A. A. B.; GOMES, G. P. L. A.; REIS, T. R. A.; SILVA, I. L.; ROIESKI, I. M.; BERESFORD, H. Avaliação acerca da implantação de projetos específicos para idosos: a atuação do Programa Saúde da Família. **Rev Enferm UFPE on line**. v. 4, n. 1, p. 198-203, jan./mar., 2010.

RODRÍGUEZ, L. M.; VÁSQUEZ, M. L. Mirando el cuidado cultural desde la óptica de Leininger. **Colomb Med.** Colombia, v. 38, n. 4, p. 98-104, 2007.

RODRIGUES, M. A. P. FACCHINI, L. A.; PICCINI, R. X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D. S.; SIQUEIRA, F. V.; PANIZ, V. M. V. Uso de serviços básicos de saúde por idosos portadores de condições crônicas, Brasil. **Rev Saúde Pública.** v. 43, n. 4, p. 604-612, 2009.

ROSELLÓ, F. T. **Antropologia do cuidar.** Petrópolis (RJ): Vozes, 2009.

SANTOS, S. M. A. **O cuidador familiar de idosos com demências:** um estudo qualitativo em famílias de origem nipo-brasileiras e brasileiras [doutorado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação, 2003.

SANTOS, S. M. **Entre “biomédicos” e agentes comunitários:** etnografia do Programa Saúde da Família no contexto de uma unidade de saúde de Curitiba [dissertação]. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2012.

SARTI, C. A. A dor, o indivíduo e a cultura. **Saúde Sociedade.** São Paulo, v. 10, n. 1, p. 3-13, 2001.

SECRETARIA MUNICIPAL DE CURITIBA. Centro de Epidemiologia. Coordenação de Diagnóstico em Saúde. **Perfil de saúde do idoso em Curitiba.** Curitiba: nov., 2010.

SILVA, L. R. F. Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento. **História, Ciências, Saúde.** Manguinhos, v. 15, n. 1, p. 155-168, 2008.

SILVA, F. M.; BUDÓ, M. L. D.; GARCIA, R. P.; SEHNEM, G. D.; SCHIMITH, M. D. Práticas de vida de portadores de hipertensão arterial. **Rev Enferm UERJ.** Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 54-59, jan./mar., 2013.

SORIANO, F. C.; LÓPEZ-DÍAZ, A. L. Mirando pasar la vida desde la ventana; significados de la vejez y la discapacidad de um grupo de ancianos em um contexto de pobreza. **Investigación em Enfermería:** imagen y desarrollo. Bogotá, v. 12, n. 2, p. 37-53, jul./dec., 2010.

SOUSA, C. R.; GONÇALVES, L. A.; TOFFOLETO, M. C.; LEÃO, K.; PADILHA, K. G. Preditores da demanda de trabalho de enfermagem para idosos internados em unidade de terapia intensiva. **Rev Latino Am Enfermagem**. Ribeirão Preto, 16, n. 2, mar./abr., 2008.

SPRADLEY, J. P.; MCCURDY, D. W. **The cultural experience** – ethnography in complex society. Chicago: Science Research Associates Inc., 1972.

\_\_\_\_\_. **The ethnographic interview**. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1979.

SPRADLEY, J. P. **Participant observation**. Orlando: Holt, Rinehart and Winston, 1980.

TRAD, L. A. B. Trabalho de campo, narrativa e produção do conhecimento. **Cienc Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, 2012.

TRAD, L. A. B.; TAVARES, J. S. C.; SOARES, C. S.; RIPARDO, R. C. Itinerários terapêuticos face à hipertensão arterial em famílias de classe popular. **Cad Saude Publica**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 797-806, abr., 2010.

TRINDADE, L. L.; PIRES, D. E. P. Implicações dos modelos assistenciais da atenção básica nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 36-42, jan./mar., 2013.

TYLER, S. A. Etnografia posmoderna: desde el documento de lo oculto al oculto documento. In: Reynoso, C. (ed.). **El surgimiento de la antropología posmoderna**. Barcelona: Gedisa, 2003. p. 183-204.

UCHOA, E.; FIRMO, J. O. A.; LIMA-COSTA, M. F. F. Envelhecimento e saúde: experiência e construção cultural. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA-JUNIOR, C. E. A. (orgs). **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

VAGHETTI, H. H.; PADILHA, M. I. C. S. Clifford Geertz como um referencial para los estudios de enfermería sobre la cultura de las organizaciones de salud. **Ciencia y Enfermeria**. v. 15, n. 1, p. 9-15, 2009.

VALE, E. G.; PAGLIUCA, L. M. F. Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação. **Rev Bras Enferm**. Brasília, v. 64, n. 1, p. 106-113, jan./fev., 2011.

VALLADARES, L. Os dez mandamentos da observação participante. **Rev Bras Cienc Sociais**. v. 22, n. 63, p. 153-155, 2007.

VIEIRA, A. N.; SILVEIRA, L. C.; FRANCO, T. B. A formação clínica e a produção do cuidado em saúde e na Enfermagem. **Trab Educ Saúde**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 9-24, mar./jun., 2011.

VISENTIN, A.; LENARDT, M. H. O itinerário terapêutico: história oral de idosos com câncer. **Acta Paul Enferm**. São Paulo, v. 23, n. 4, p. 486-492, 2010.

WAWZYNIAK, J. V. Agentes Comunitários de Saúde: transitando e atuando entre diferentes racionalidades no rio Tapajós, Pará, Brasil. **Campos**. Curitiba, v. 10, n. 2, p. 50-81, 2009.

WILLIG, M. H. **As histórias de vida dos idosos longevos de uma comunidade: o elo entre o passado e o presente** [tese]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The world health report 2008**: primary health care now more than ever. Geneva: WHO, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Milestones in health promotion: statements from global conferences**. Geneva: WHO, 2009.



## APÊNDICE 1

### MINIEXAME DO ESTADO MENTAL

DATA: ____/____/____	NOME
IDADE	
ESCOLARIDADE (ANOS/ESCOLA)	
ORIENTAÇÃO TEMPORAL (5 pontos)	Qual a hora aproximada? Em que dia da semana estamos? Que dia do mês é hoje? Em que mês estamos? Em que ano estamos?
ORIENTAÇÃO ESPACIAL (5 pontos)	Em que local estamos? Que local é este aqui? Em que bairro nós estamos ou qual é o endereço daqui? Em que cidade nós estamos? Em que estado nós estamos?
REGISTRO (3 pontos)	Repetir: CARRO, VASO, TIJOLO
ATENÇÃO E CÁLCULO (5 pontos)	Subtrair: $100-7 = 93-7 = 86-7 = 79-7 = 72-7 = 65$ ou soletrar inversamente a palavra MUNDO = ODNUM
MEMÓRIA DE EVOCAÇÃO (3 pontos)	Quais os três objetos perguntados anteriormente?
NOMEAR 2 OBJETOS (2 pontos)	Relógio e caneta
REPETIR (1 ponto)	“Nem aqui, nem ali, nem lá”
COMANDO DE ESTÁGIOS (3 pontos)	Apanhe esta folha de papel com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a no chão
ESCREVER UMA FRASE COMPLETA (1 ponto)	Escrever uma frase que tenha sentido
LER E EXECUTAR (1 ponto)	Feche seus olhos
COPIAR DIAGRAMA (1 ponto)	Copiar dois pentágonos com interseção

**Adaptado de:** BRUCKI et al., (2003).

**APÊNDICE 2****INSTRUMENTO ESTRUTURADO PARA OBTENÇÃO DOS DADOS DE  
IDENTIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Profissão/ocupação: \_\_\_\_\_

Tempo de atuação a) na profissão: \_\_\_\_\_

b) na unidade de saúde: \_\_\_\_\_

c) com idosos: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE 3****INSTRUMENTO ESTRUTURADO PARA OBTENÇÃO DOS DADOS DE  
IDENTIFICAÇÃO DOS IDOSOS LONGEVOS**

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Profissão/ocupação: \_\_\_\_\_

Renda mensal aproximada: \_\_\_\_\_

Arranjo domiciliar: \_\_\_\_\_

## **APÊNDICE 4**

### **ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA AS ENTREVISTAS ETNOGRÁFICAS COM OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM E COM OS IDOSOS LONGEVOS**

1. Fale-me a respeito do cuidado à saúde dos idosos longevos.
2. O que é o cuidado à saúde dos idosos longevos para você?
3. O que você considera importante para o cuidado à saúde dos idosos longevos?
4. Como o cuidado à saúde dos idosos longevos é realizado na unidade de saúde?
5. Como o cuidado à saúde dos idosos longevos na unidade de saúde pode corresponder à sua expectativa dele?

## APÊNDICE 5

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

- a) Você, profissional de Enfermagem da unidade de saúde, está sendo convidado (a) a participar de um estudo intitulado “SIGNIFICADOS DO CUIDADO À SAÚDE DOS IDOSOS LONGEVOS NO CENÁRIO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA”. É por meio das pesquisas científicas que ocorrem os avanços na área da Gerontologia e a sua participação é de fundamental importância.
- b) O objetivo geral desta pesquisa é analisar as semelhanças e diferenças no sentido do cuidado à saúde dos idosos longevos em uma unidade de saúde no município de Curitiba, Paraná. Os objetivos específicos são: descrever o serviço de saúde e os eventos do cotidiano; apresentar as características do cuidado à saúde, segundo a interpretação revelada pelos usuários longevos e pelos profissionais de Enfermagem; comparar o cuidado à saúde dos idosos longevos segundo os próprios longevos usuários e os profissionais de Enfermagem que os atendem na unidade de saúde. São considerados idosos longevos aqueles com 80 anos ou mais.
- c) Caso você participe da pesquisa, serão realizadas entrevistas e observações sobre os cuidados à saúde dos idosos longevos. Você poderá solicitar a interrupção para continuar em um próximo encontro.
- d) Como não há tratamento você não experimentará desconfortos, pois a sua participação será em responder verbalmente algumas perguntas. Isso poderá exigir um esforço e disposição do participante para prestar atenção nas perguntas e respondê-las e o ato da entrevista poderá gerar algum constrangimento.
- e) Os benefícios esperados são: de posse dos resultados da pesquisa poderemos gerar informações para o planejamento e execução da assistência de Enfermagem valorizando os aspectos culturais dos idosos longevos, incluindo as crenças, expectativas e experiências deles nos serviços da unidade de saúde.
- f) As pesquisadoras Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Helena Lenardt e Tatiane Michel poderão ser contatadas no Grupo Multiprofissional de Pesquisa sobre Idosos, localizado na Av. Pref. Lothário Meissner, 3º andar, telefone (41) 3361-3761, de segunda a sexta, no horário de 13:30hs às 17:30hs e são as responsáveis pela pesquisa.
- g) Estão garantidas todas as informações que você queira antes, durante e depois do estudo.
- h) A sua participação neste estudo é voluntária. Você tem a liberdade de se recusar a participar do estudo ou, se aceitar participar, retirar seu consentimento a qualquer momento.
- i) As informações relacionadas ao estudo poderão ser inspecionadas pelos membros do Grupo Multiprofissional de Pesquisa sobre Idosos - GMPI que executam a pesquisa e pelas autoridades legais, no entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que o anonimato e confidencialidade sejam mantidos.
- j) A sua entrevista será gravada, respeitando-se completamente o seu anonimato.
- k) Todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não são da responsabilidade do informante.
- l) Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro.

Eu, \_\_\_\_\_ li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado (a) a participar. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

\_\_\_\_\_  
assinatura do participante

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Tatiane Michel (pesquisadora)

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## APÊNDICE 6

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – IDOSOS LONGEVOS

- a) Você, idoso (a) longo(a) (a) usuário(a) dos serviços da unidade de saúde, está sendo convidado(a) a participar de um estudo intitulado “SIGNIFICADOS DO CUIDADO À SAÚDE DOS IDOSOS LONGEVOS NO CENÁRIO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA”. É por meio das pesquisas científicas que ocorrem os avanços na área da Gerontologia e a sua participação é de fundamental importância.
- b) O objetivo geral desta pesquisa é analisar as semelhanças e diferenças no sentido do cuidado à saúde dos idosos longevos em uma unidade de saúde no município de Curitiba, Paraná. Os objetivos específicos são: descrever o serviço de saúde e os eventos do cotidiano; apresentar as características do cuidado à saúde, segundo a interpretação revelada pelos usuários longevos e pelos profissionais de Enfermagem; comparar o cuidado à saúde dos idosos longevos segundo os próprios longevos usuários e os profissionais de Enfermagem que os atendem na unidade de saúde. São considerados idosos longevos aqueles com 80 anos ou mais.
- c) Caso você participe da pesquisa, serão realizadas entrevistas e observações sobre os cuidados à sua saúde. Você poderá solicitar a interrupção para continuar em um próximo encontro.
- d) Como não há tratamento você não experimentará desconfortos, pois a sua participação será em responder verbalmente algumas perguntas. Isso poderá exigir um esforço e disposição do participante para prestar atenção nas perguntas e respondê-las e o ato da entrevista poderá gerar algum constrangimento.
- e) Os benefícios esperados são: de posse dos resultados da pesquisa poderemos gerar informações para o planejamento e execução da assistência de Enfermagem valorizando os aspectos culturais dos idosos longevos, incluindo as crenças, expectativas e experiências deles nos serviços da unidade de saúde.
- f) As pesquisadoras Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Helena Lenardt e Tatiane Michel poderão ser contatadas no Grupo Multiprofissional de Pesquisa sobre Idosos, localizado na Av. Pref. Lothário Meissner, 3º andar, telefone (41) 3361-3761, de segunda a sexta, no horário de 13:30hs às 17:30hs e são as responsáveis pela pesquisa.
- g) Estão garantidas todas as informações que você queira antes, durante e depois do estudo.
- h) A sua participação neste estudo é voluntária. Você tem a liberdade de se recusar a participar do estudo ou, se aceitar participar, retirar seu consentimento a qualquer momento.
- i) As informações relacionadas ao estudo poderão ser inspecionadas pelos membros do Grupo Multiprofissional de Pesquisa sobre Idosos - GMPI que executam a pesquisa e pelas autoridades legais, no entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que o anonimato e confidencialidade sejam mantidos.
- j) A sua entrevista será gravada, respeitando-se completamente o seu anonimato.
- k) Todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não são da responsabilidade do informante.
- l) Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro.

Eu, \_\_\_\_\_ li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado(a) a participar. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

\_\_\_\_\_  
assinatura do participante

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Tatiane Michel (pesquisadora)

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## **ANEXOS**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARANÁ - SETOR DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Significados do cuidado à saúde dos idosos longevos no cenário da atenção primária

**Pesquisador:** Tatiane Michel

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 11373112.0.0000.0102

**Instituição Proponente:** Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPR

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 181.918

**Data da Relatoria:** 26/12/2012

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de doutorado proveniente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem que será realizado com 30 idosos e profissionais de enfermagem de uma unidade de saúde de Curitiba.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Geral:** Analisar as semelhanças e diferenças entre os significados do cuidado à saúde dos idosos longevos atribuídos pelos profissionais de Enfermagem e pelos idosos longevos no cenário de uma unidade de saúde, no município de Curitiba, Paraná.

**Objetivos Específicos:** Descrever o cenário do serviço de saúde, as cenas culturais e os eventos do cotidiano; Interpretar os significados do cuidado à saúde dos idosos longevos atribuídos pelos profissionais de Enfermagem e pelos idosos longevos no cenário da unidade de saúde; Comparar os discursos emic e etic dos idosos longevos e dos profissionais de Enfermagem atribuídos ao cuidado à saúde dos idosos longevos no cenário estudado.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Nesta pesquisa serão realizadas observações e entrevistas com os participantes. O ato da entrevista poderá gerar algum constrangimento e exigir um esforço e disposição do participante para prestar atenção nas perguntas e respondê-las. Serão observadas as reações dos participantes, sugerindo a continuidade em outros momentos no caso de cansaço ou indisposição e serão enfocadas nas entrevistas as temáticas relacionadas aos significados do cuidado à saúde

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 280

**Bairro:** 2º andar

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**CEP:** 80.060-240

**Telefone:** (41)3360-7259

**E-mail:** cometica.saude@ufpr.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARANÁ - SETOR DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



dos idosos longevos.

Quanto aos benefícios, os resultados obtidos poderão gerar informações para as práticas de cuidado à saúde dos idosos longevos no serviço primário de saúde valorizando os aspectos culturais, em especial, na unidade de saúde a ser estudada.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Para este estudo será utilizada a pesquisa qualitativa do tipo etnográfica que consiste em descrever uma cultura sob o ponto de vista dos nativos. Para isso, o etnógrafo participa de atividades, faz perguntas, assiste a cerimônias, aprende novas linguagens, faz anotações em diário de campo, observa as cenas culturais e entrevista os informantes-chaves. Os sujeitos da pesquisa serão os usuários da unidade de saúde, especialmente os idosos com 80 anos ou mais cadastrados, os profissionais e os funcionários, que participarão da pesquisa por meio da observação participante. Com o intuito de analisar as relações entre os significados do cuidado à saúde dos longevos para os profissionais de Enfermagem na unidade de saúde e as expectativas e crenças de cuidado à saúde dos longevos, eles serão convidados para participar na entrevista etnográfica formal.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Não há

**Recomendações:**

Não há

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto aprovado.

Por se tratar de pesquisa envolvendo Instituição da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, o pesquisador poderá iniciar a pesquisa somente após a análise de viabilidade emitida pelo CEP/SMS. - É obrigatório trazer ao CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi aprovado, para que seja carimbado com data de aprovação por este CEP/SD.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Avaliação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa, tanto o sujeito como o pesquisador deverão rubricar todas as páginas do TCLE, opondo assinaturas na última página do referido Termo (Carta Circular nº.

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2º andar

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARANÁ - SETOR DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



003/2011CONEP/CNS

CURITIBA, 28 de Dezembro de 2012

---

**Assinador por:**  
**Claudia Seely Rocco**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 280

**Bairro:** 2º andar

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-7259

**CEP:** 80.060-240

**E-mail:** [cometica.saude@ufpr.br](mailto:cometica.saude@ufpr.br)



***PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
CENTRO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA***

**DECLARAÇÃO**

Declaramos para os fins que se fizerem necessários, que a pesquisadora Tatiane Michel protocolou sob o número 02/2013 sua solicitação de campo de pesquisa para o projeto intitulado: “Significados do Cuidado à Saúde dos Idosos Longevos no Cenário da Atenção Primária”.  
CAEE: 11373112.0.0000.0102

Declaramos ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da Instituição Proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Res. CNS 196/96.

Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como Instituição Co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança de sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/SMS.

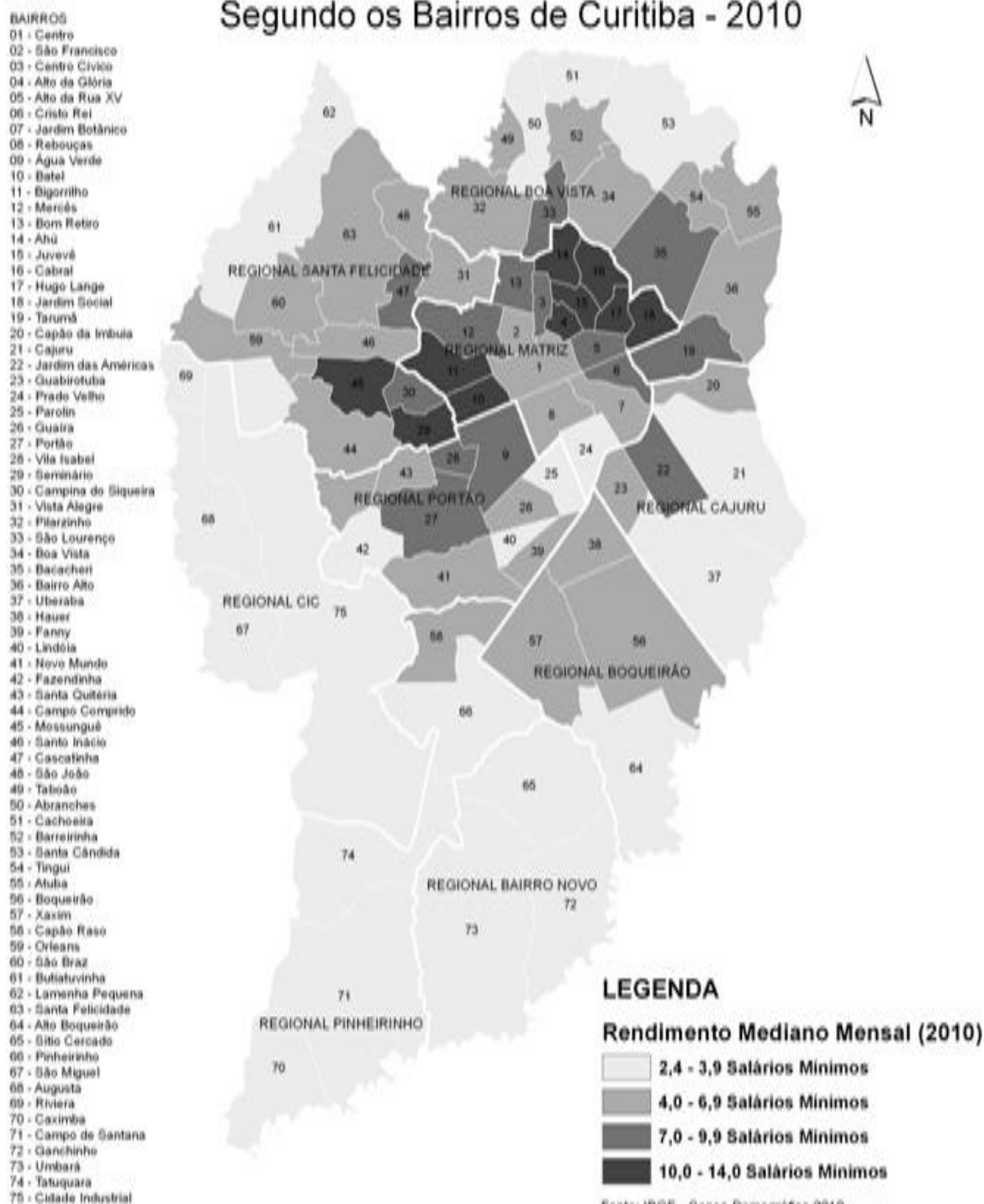
Por ser verdade firmamos a presente.

Atenciosamente,

Curitiba, 27 de fevereiro, 2013

Coordenador do CEP/SMS

## Rendimento Nominal Mediano Mensal em Salários Mínimos dos Domicílios Particulares Permanentes Segundo os Bairros de Curitiba - 2010

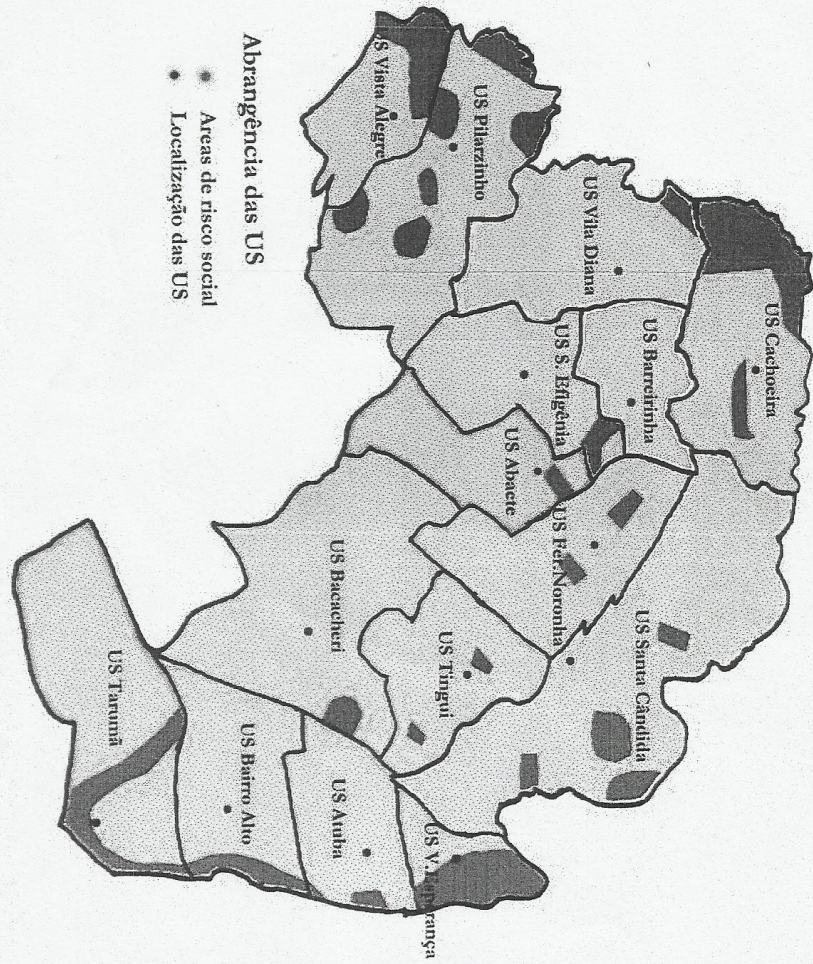


**IPPUC** Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba - SIN - Banco de Dados

:: Rua Bom Jesus, 669 :: Cabral :: Curitiba :: Paraná :: CEP 80035-010 :: Fone (41) 3250-1414 :: Fax (41) 3254-8661 :: E-Mail [ippuc@ippuc.org.br](mailto:ippuc@ippuc.org.br) ::







PLANTA FÍSICA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

